

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN
SÁCH XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN

HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ










NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA


NHÀ XUẤT BẢN
Y HỌC

H N N
H N I
NH Ộ

N N N HÔN

HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ

NHÀ N NHÀ N
H NH IA H
4

HÀ NỘI - 2015

CHÚ DẪN CỦA NHÀ XUẤT BẢN

Thực hiện Đề án trang bị sách cho cơ sở xã, phường, thị trấn của Ban Tuyên giáo Trung ương và thực hiện chủ trương xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia - Sự thật phối hợp với Nhà xuất bản Y học xuất bản cuốn sách ***Hướng dẫn chăm sóc người bệnh đột quỵ***.

Đột quỵ là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim và ung thư, đứng hàng đầu về tàn phế ở người trưởng thành, để lại di chứng nặng nề và kéo dài cho người bệnh, ảnh hưởng xấu tới gia đình cũng như xã hội.

Cuốn sách giới thiệu khái quát phác đồ điều trị cấp cho người bệnh đột quỵ não cũng như giới thiệu một số kiến thức cơ bản cho người nhà bệnh nhân khi chăm sóc người bệnh ở nhà trong giai đoạn vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

Việc biên soạn cuốn sách có thể còn nhiều thiếu sót hoặc chưa đề cập hết những kỹ thuật mới, thuốc mới trong quá trình điều trị, rất mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc để nội dung cuốn sách hoàn thiện hơn trong lần xuất bản lần sau.

Tháng 7 năm 2015

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT

LỜI NÓI ĐẦU

Đột quỵ não xảy ra khi mất đột ngột lưu lượng máu tới não (tắc mạch) hoặc vỡ mạch (chảy máu não) dẫn đến giảm, mất chức năng hoặc chết các tế bào não, là nguyên nhân gây liệt, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, trí nhớ, hôn mê và có khả năng gây tử vong.

Đột quỵ là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim và ung thư, đứng hàng đầu về tàn phế ở người trưởng thành, là thảm họa cho bệnh nhân và gia đình người bệnh... Nguy cơ xảy ra đột quỵ gia tăng theo tuổi, tăng gấp đôi cứ mỗi 10 năm sau 55 tuổi, xấp xỉ 28% đột quỵ xảy ra dưới 65 tuổi.

Đột quỵ là một cấp cứu y tế khẩn cấp với hai mục tiêu chính là: hạn chế hoặc phục hồi các mô não bị tổn thương cấp và ngăn chặn các tổn thương thần kinh sau đột quỵ; nói cách khác, điều trị đột quỵ phải đạt được mục tiêu *"Hạn chế tàn phế mà không tăng tỷ lệ tử vong"* theo phương châm phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ, điều trị dự phòng là cơ bản.

Khi đột quỵ xảy ra, việc chẩn đoán nhanh, cấp cứu kịp thời, điều trị đúng và nhất là chăm sóc các bệnh nhân đột quỵ ở các tuyến điều trị trong từng giai đoạn cần phải rất khẩn trương để đem lại hiệu quả điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

Với mục đích phổ cập kiến thức cũng như hiểu biết về đột quỵ, chăm sóc bệnh nhân đột quỵ não tới các bác sĩ, bệnh nhân và gia đình người bệnh theo quan điểm điều trị chung của thế giới hiện nay và qua thực tế điều trị các bệnh nhân đột quỵ não tại Trung tâm Đột quỵ não Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong các năm qua nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, đưa nhanh người bệnh đột quỵ não về sống hòa nhập cộng đồng, chúng tôi biên soạn cuốn ***Hướng dẫn chăm sóc người bệnh đột quỵ*** để giới thiệu với bạn đọc.

Do cập nhật kiến thức có thể chưa được kịp thời nên không tránh khỏi có những thiếu sót, chúng tôi mong bạn đọc chia sẻ và xin tiếp thu mọi ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp để lần tái bản sau được hoàn chỉnh hơn.

Giám đốc Trung tâm Đột quỵ não
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

PGS.TS. NGUYỄN VĂN THÔNG

KHÁI NIỆM VỀ CHĂM SÓC ĐỘT QUỴ NÃO

I. ĐỘT QUỴ LÀ GÌ

- Đột quỵ não xảy ra khi mất đột ngột lưu lượng máu tới não (tắc mạch) hoặc vỡ mạch (chảy máu não) dẫn đến giảm, mất chức năng hoặc chết các tế bào não (là nguyên nhân gây liệt, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, trí nhớ, hôn mê) và có khả năng gây tử vong.

- Đột quỵ là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim và ung thư, đứng hàng đầu về tàn phế ở người trưởng thành (là thảm họa cho bệnh nhân và gia đình người bệnh...). Nguy cơ xảy ra đột quỵ gia tăng theo tuổi, tăng gấp đôi cứ mỗi 10 năm sau 55 tuổi, xấp xỉ 28% đột quỵ xảy ra dưới 65 tuổi.

Có hai dạng đột quỵ:

+ Đột quỵ thiếu máu cục bộ não (ischemic stroke): là dạng phổ biến của đột quỵ, xảy ra khi mạch máu cung cấp cho não bị tắc bởi cục máu

đông (embolic), huyết khối (thrombus), hẹp vữa xơ động mạch...

+ Đột quỵ chảy máu não (hemorrhagic stroke): ít phổ biến hơn, xảy ra khi mạch máu não bị vỡ, máu chảy vào trong não hoặc xung quanh nhu mô não.

- Khi bị đột quỵ, một số nguy cơ khác như bệnh tim, thận... sẽ làm tăng mức độ trầm trọng của đột quỵ.

II. CÁC DẤU HIỆU BÁO ĐỘNG ĐỘT QUỴ
(một hoặc các dấu hiệu)

- Đột ngột tê dại; yếu hoặc liệt ở mặt, tay hoặc chân, thường ở một bên của cơ thể.

- Nói hoặc lĩnh hội khó khăn.

- Đột nhiên mờ, giảm hoặc mất thị lực một hoặc cả hai mắt.

- Chóng mặt, mất thăng bằng hoặc mất phối hợp động tác.

- Đột nhiên đau đầu nặng nề không giải thích được nguyên nhân.

1. Các dấu hiệu gợi ý đột quỵ thiếu máu não

- Thường xảy ra ở người trung niên và cao tuổi, có tiền sử huyết áp hoặc không, thường xảy ra ban đêm gần sáng, khi nghỉ ngơi. Các dấu hiệu thần kinh khu trú có thể xuất hiện đột

ngột hoặc từ từ tăng dần, có thể có rối loạn ý thức hoặc không.

- Thường bệnh nhân ít có trạng thái kích thích, vật vã (nếu nặng có thể có), ít nôn và hiếm rối loạn cơ tròn (đại tiểu tiện ra quần), không có hội chứng màng não.

- Nếu bệnh nhân có tiền sử bệnh tim (suy tim, rung nhĩ - loạn nhịp, bệnh cơ tim thể dãn...) càng có giá trị.

2. Các dấu hiệu gợi ý đột quỵ chảy máu não

- Thường diễn ra đột ngột, khi gắng sức, trên bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp.

- Các triệu chứng thường rầm rộ, bệnh nhân vật vã, kích thích, nôn, rối loạn cơ tròn (đại tiểu tiện ra quần), đau đầu, trong cơn thấy huyết áp tăng đột ngột, có dấu hiệu hội chứng màng não.

III. CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA ĐỘT QUỴ NÃO

1. Đột quỵ thiếu máu não

- Tắc mạch não (embolic): các cục máu đông di chuyển từ tim hoặc các mạch máu ở cổ di trú lên não.

- Huyết khối (thrombus): cục máu đông hình thành trong các mạch máu não, thường do vữa xơ động mạch...

- Nhồi máu não ổ khuyết (lacunar): do tắc các

mạch máu nhỏ trong não, thường do tăng huyết áp hoặc đái tháo đường.

2. Đột quỵ chảy máu não

- Chảy máu trong não: vỡ các mạch máu trong não do các mạch này bị tổn thương bởi tăng huyết áp, đái tháo đường và tuổi cao.

- Chảy máu não thất: do vỡ các mạch máu sát thành não thất, phồng mạch hoặc chảy máu nhu mô não máu tràn vào trong não thất, tăng huyết áp...

- Chảy máu dưới nhện: do yếu hoặc vỡ các động mạch não (phồng mạch, dị dạng động tĩnh mạch não...), máu bao bọc xung quanh não.

IV. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ

Đột quỵ cấp là một cấp cứu nội khoa phụ thuộc vào thời gian tương tự như nhồi máu cơ tim cấp. Các bệnh nhân đột quỵ cấp nếu được điều trị ngay, điều trị sớm sẽ có hiệu quả và hậu quả chức năng tốt hơn do làm giảm tới mức tối thiểu khối lượng mô não bị tổn thương (thời gian mất là não mất - brain is time). Khi phát hiện các dấu hiệu báo động đột quỵ cần chuyển ngay tới cơ sở y tế có khả năng chẩn đoán, cấp cứu, điều trị gần nhất sẽ giúp giảm tỷ lệ tử vong và tàn phế.

- Mục tiêu của điều trị đột quỵ cấp:

+ Làm giảm tối thiểu khối lượng nhu mô não bị nhồi máu không có khả năng hồi phục.

+ Dự phòng sớm các biến chứng.

+ Giảm tàn phế và sống phụ thuộc.

+ Dự phòng đột quỵ tái phát.

Để đạt được các mục tiêu trên, điều trị đột quỵ sẽ bao gồm: điều trị toàn diện, điều trị đặc hiệu, điều trị sớm, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, điều trị dự phòng các biến chứng.

1. Những công việc cần làm trong khi chờ đợi xe cấp cứu

a) Nếu người bệnh tỉnh

- Đặt nằm nghiêng về bên lành, đầu hơi nâng nhẹ.
- Không cho ăn hoặc uống bất kỳ loại gì.
- Lấy bỏ các vật hoặc lau đờm rãi trong miệng có thể gây nên khó thở.
- Nếu liệt, khi vận chuyển cần trợ giúp và đặt nghiêng về bên lành.

b) Nếu người bệnh lơ mơ

- Kiểm tra mạch, nhịp thở; đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng về bên không liệt, đầu nâng nhẹ.
- Gọi điện thoại cho cơ sở y tế gần nhất để hỗ trợ.

c) Nếu người bệnh hôn mê

- Tiến hành theo các bước trên.
- Nếu không thấy mạch đập hoặc ngưng thở, tiến hành hô hấp mồm thổi mồm và ép tim ngoài lồng ngực theo tỷ lệ 1/5 (5 lần ép tim/1 lần thổi mồm).
- Gọi điện thoại ngay đến cơ sở y tế gần nhất để hỗ trợ.

2. Những công việc cần tiến hành ngay tại các phòng khám đa khoa cấp cứu, cấp cứu ban đầu ở các cơ sở y tế có khả năng chẩn đoán và cấp cứu đột quỵ

Khi bệnh nhân đến:

a) Ngay lập tức chuyển đến các (đơn vị đột quỵ (stroke unit) hoặc trung tâm đột quỵ (stroke center). Nếu cơ sở y tế không có đơn vị đột quỵ sẽ chuyển tới đơn vị hồi sức tích cực (ICU) hoặc đơn vị chăm sóc tích cực thần kinh (NICU), hoặc buồng cấp cứu nội khoa.

b) Ngay lập tức được chẩn đoán sơ bộ bởi các bác sĩ chuyên đột quỵ hoặc các bác sĩ thần kinh có kinh nghiệm (tiến hành trong 5-10 phút).

c) Ngay lập tức được theo dõi các chỉ số sinh tồn và xử trí nếu có các rối loạn đe dọa tính mạng người bệnh hoặc làm đột quỵ nặng lên.

d) Ngay lập tức chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT. Scan) trong 1 giờ đầu để xác định tính chất và mức độ tổn thương não:

- Chụp CT. Scan sẽ phát hiện được ngay chảy máu não (vị trí, kích thước, tính chất của ổ máu tụ).

- Khối lượng, vị trí ổ nhồi máu não: trong 24 giờ có thể chưa rõ ổ nhồi máu do chưa có sự thay đổi tỷ trọng nhu mô não tại ổ nhồi máu...

- Chỉ định: với tất cả các bệnh nhân đột quỵ hoặc nghi ngờ đột quỵ để theo dõi, tiên lượng bệnh nhân, đánh giá kết quả điều trị.

- Các dấu hiệu giảm tỷ trọng sớm bao gồm:

+ Sự khác nhau hai bên của tỷ trọng chất trắng.

+ Sự khác nhau hai bên xuất hiện ở vùng giáp ranh tủy - vỏ (đặc biệt ở thùy đảo).

+ Sự khác nhau theo khu vực mạch máu bị ảnh hưởng chủ yếu.

+ Những biến đổi lan rộng (±1/3) so với bên tương ứng.

+ Sự khác nhau hai bên của hạch nền, thân não.

Các dấu hiệu của phù não:

+ Ép não thất không có chuyển dịch đường giữa.

+ Có chuyển dịch đường giữa.

+ Sự khác nhau hai bên ở sâu và lan tỏa ở các cuộn não.

- Các tăng đậm độ vừa phải:

Ghi chú: nếu không có hoặc chưa có điều kiện chụp CT. Scan sọ não cần đánh giá lâm sàng ban đầu đột quỵ (càng nhanh càng tốt) bao gồm:

+ Các triệu chứng và các dấu hiệu: rối loạn ý thức, ngôn ngữ, thị lực, dấu hiệu thần kinh khu trú...

+ Xác định sơ bộ nguyên nhân: chảy máu, nhồi máu, tắc mạch, cơn thiếu máu não cục bộ thoảng qua (TIA)...

• Chảy máu não thường gặp ở các bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, xảy ra đột ngột khi hoạt động hoặc gắng sức, stress, triệu chứng thường rầm rộ, bệnh nhân ở trạng thái kích thích, có thể có hội chứng màng não...

• Tắc mạch thường ở các bệnh nhân có hoặc không rõ tiền sử tăng huyết áp, xảy ra đột ngột hoặc từ từ, khi nghỉ (hay gặp ban đêm hoặc sáng ngủ dậy), trạng thái ít kích thích, không có hội chứng màng não; nếu có tiền sử bệnh van tim, rung nhĩ - loạn nhịp tim ... thì càng có giá trị.

Tuy nhiên lâm sàng chỉ có giá trị định hướng và sai sót tới 20-40%. Chẩn đoán quyết định vẫn phải căn cứ trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não hoặc phim chụp cộng hưởng từ não.

- Một số triệu chứng giúp chẩn đoán định khu các khu vực tuần hoàn não bị tổn thương:

+ Tổn thương toàn bộ tuần hoàn trước: loạn chức năng phối hợp từ, rối loạn thị giác một phần, thiếu hụt thị trường đồng danh, thiếu hụt cảm giác và vận động một bên... Nếu tổn thương một phần tuần hoàn trước thì có 2 hoặc 3 triệu chứng trên.

+ Tổn thương tuần hoàn sau: bất kỳ của kèm theo liệt thần kinh sọ một bên với thiếu hụt cảm giác - vận động đối bên, hai bên. Rối loạn chuyển

động tập trung của mắt, rối loạn chức năng tiểu não hoặc thiếu hụt thị lực - thị trường đồng danh cùng bên.

+ Tổn thương nhỏ hoặc dạng ổ khuyết: rối loạn cảm giác hoặc vận động thuần túy.

đ) Xác định chính xác thời gian xảy ra đột quỵ để chọn giải pháp điều trị thích hợp.

e) Xác định khả năng các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân (tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá kéo dài, lạm dụng rượu, tiền sử bệnh tim mạch, tăng lipid máu, tiền sử bản thân hoặc gia đình bị đột quỵ...) qua khai thác bệnh nhân hoặc gia đình.

g) Đánh giá mức độ tổn thương, bất lực đột quỵ theo thang điểm chức năng.

h) Làm ngay các xét nghiệm thiết yếu:

- Máu toàn bộ: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, tiểu cầu.

- Điện tim, điện giải, glucose máu, chức năng gan thận.

- Thông tin cho bệnh nhân và gia đình họ để kết hợp chăm sóc, điều trị.

3. Tại khu cấp cứu điều trị đột quỵ

- Trong 24 giờ đầu (càng nhanh càng tốt): phải tiến hành các biện pháp để giảm tối đa hậu quả chức năng

+ Nằm ngửa, đầu cao 30 độ, thẳng trục cột sống trong một mặt phẳng (nếu bệnh nhân nôn

thì cho nằm đầu nghiêng bên để tránh hít phải chất nôn).

+ Xem xét tình trạng lưu thông đường thở và loại bỏ dị vật (nếu có tụt lưỡi, tăng tiết đờm dãi, răng giả hoặc các dị vật khác).

+ Mắc máy theo dõi các chức năng sống (monitoring để theo dõi các chỉ tiêu sự sống và tiến hành xử trí theo phác đồ quy định của điều trị đột quỵ (chú ý không hạ huyết áp đột ngột, phải căn cứ vào huyết áp trung bình).

+ Thở ôxy 3-4 lít/phút.

+ Đặt tĩnh mạch trung tâm để xác định huyết áp tĩnh mạch trung ương, lượng dịch cần bù (nếu có chỉ định).

+ Đặt sonde dạ dày, sonde niệu đạo ở các bệnh nhân hôn mê, rối loạn nuốt, rối loạn cơ thắt... để tránh trào ngược, đưa thuốc vào cơ thể, nuôi dưỡng, đo lượng nước thải hằng ngày.

+ Xét nghiệm đánh giá các rối loạn đông máu và chảy máu nếu có nghi vấn.

+ Điều trị đặc hiệu theo chỉ định: thuốc tiêu huyết khối, thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu...

- Trong 24-48 giờ đầu: tiếp tục đánh giá toàn trạng bệnh nhân, bổ sung các xét nghiệm để lựa chọn và kết hợp điều trị.

+ Điều chỉnh rối loạn điện giải, hằng định nội môi (nếu có rối loạn).

+ Siêu âm tim để xác định chức năng tim và huyết khối trong tim.

+ Chụp X quang tim - phổi.

+ Tiến hành các xét nghiệm đặc hiệu để giúp chẩn đoán và điều trị can thiệp tích cực cho bệnh nhân (chụp lại CT. Scan sọ, chụp MRI, chụp mạch DSA, siêu âm xuyên sọ, chọc dịch não tủy... nếu có chỉ định). Chụp CT. Scan sau 24 giờ điều trị tiêu huyết khối, các bệnh nhân có các triệu chứng tiến triển xấu hơn (đột quỵ tiến triển), bệnh nhân rung nhĩ được điều trị *chống đông sớm* trước đó, bệnh nhân phù não lan tỏa ban đầu, bệnh nhân có hình ảnh CT. Scan ban đầu không rõ ràng.

- Sau 2-7 ngày:

+ Tiếp tục đánh giá các nguy cơ dẫn đến đột quỵ, mức ý thức, vận động, nuôi dưỡng, bài tiết, loét điểm tỳ, tâm lý, bắt đầu phục hồi chức năng,... bởi các chuyên khoa.

+ Trao đổi các thông tin về bệnh nhân với gia đình người bệnh để kết hợp cùng chăm sóc.

+ Chụp CT. Scan nhắc lại sau một tuần với các bệnh nhân có rung nhĩ trước khi dùng *chống đông muộn*, bệnh nhân có hình ảnh CT. Scan lần 2 sau 24 giờ không rõ ràng (nếu cần, có thể chụp CT. Scan cản quang hoặc MRI), các bệnh nhân đột quỵ chảy máu, bệnh nhân phù não trên CT. Scan trong 24 giờ.

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO

Người bệnh đột quỵ não cần phải được chăm sóc toàn diện về các rối loạn thần kinh cấp tính, tình trạng nguy kịch, loại bỏ nguyên nhân tiền nhiễm khuẩn, dự phòng các biến chứng, nuôi dưỡng, vật lý trị liệu phục hồi chức năng, thông tin đầy đủ tình hình bệnh nhân cho bác sĩ và gia đình... để cải thiện tối ưu chất lượng sống cho người bệnh.

I. QUY TRÌNH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TỔNG THỂ NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ KHI TIẾP NHẬN

1. Mục đích

- Duy trì chức năng sống: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, bài tiết.

- Phòng ngừa các biến chứng: viêm phổi do trào ngược, tụt kẹt não, loét nằm, nhiễm khuẩn tiết niệu..., giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.

- Phục hồi ý thức và vận động, hạn chế các di chứng, cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

- Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình hiểu biết về đột quỵ để tự theo dõi và dự phòng tái phát.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

- *Hôn mê hoặc rối loạn ý thức vừa và nặng*

- Được đặt nằm trong một tư thế thích hợp để có thể cấp cứu, giảm áp lực trong sọ, giảm sự co cứng.

- Cố định tay chân nếu bệnh nhân kích thích, giãy giụa.

- Nếu người bệnh cắn chặt răng hoặc tụt lưỡi thì phải dùng banh mở miệng hoặc mayo để khắc phục.

- *Rối loạn ý thức nhẹ hoặc không rối loạn*

- Bệnh nhân được nằm trong tư thế thích hợp để giảm áp lực trong sọ và giảm sự co cứng.

- Giải thích cho người bệnh việc mình sắp làm để họ yên tâm.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

c) Chuẩn bị dụng cụ

- Có sẵn giường chuyên biệt, trải ga sẵn sàng tiếp nhận bệnh nhân.

- Máy monitoring theo dõi nhịp tim, mạch, huyết áp, nhịp thở, độ bão hòa oxy.

- Oxy, dây dẫn oxy.

- Máy hút, ống thông hút đờm, sonde dạ dày, sonde niệu đạo, cọc truyền.

- Máy thở, bơm tiêm điện sẵn sàng nếu có chỉ định của bác sĩ.

- Thuốc cấp cứu (dịch truyền, mannitol, trợ tim - mạch, thuốc lợi tiểu...) và các thuốc chuyên khoa theo quy định cho người bệnh đột quỵ.

- Các dung dịch nuôi dưỡng, bơm ăn.

d) Các bước tiến hành

Tùy từng trường hợp cụ thể sẽ tiến hành chăm sóc theo các quy trình nhất định.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC ĐƯỜNG THỞ

Người bệnh đột quỵ nặng thường ảnh hưởng đến sự hô hấp, gây giảm oxy máu do:

- Tắc nghẽn đường thở (tăng tiết đờm dãi, co thắt khí - phế quản, trào ngược - phổi hít, lưỡi tụt...).

- Phù não, tụt kẹt não dẫn đến phản xạ ngừng thở.

- Hạn chế sự hoạt động các cơ của đường thở trên.

1. Mục đích

- Đánh giá được tình trạng hô hấp hiện tại của người bệnh.

- Đảm bảo lưu thông đường thở.

Đảm bảo độ bão hòa oxy > 95% hoặc khí máu động mạch (pH: 7,35-7,45; $PaC0_2$: 38-42mmHg; $Pa0_2$: 75-96mmHg; $HC0_3$: 22-26mmol; BE: -2 đến +2mmol).

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Các trường hợp đột quỵ nằm viện có biểu hiện rối loạn đường thở.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Đeo găng tay và đảm bảo vô trùng tuyệt đối trước khi tiến hành các thao tác.

c) Dụng cụ

- Máy theo dõi các chức năng sống (monitoring) hoặc huyết áp kế.
- Máy hút, dây hút.
- Oxy, dây dẫn oxy.
- Banh mở miệng.
- Lọ đựng dung dịch nước muối 0,9%; dung dịch sát khuẩn ngâm ống hút.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

• *Đánh giá tình trạng hô hấp*

Xem tình trạng bệnh nhân thở nhanh hay chậm, có ứ đọng dịch tiết không, có rối loạn nhịp thở hoặc thở ngáy không, có biểu hiện của suy hô hấp không?

Các đặc trưng lâm sàng của suy hô hấp:

+ Khó thở ở mức thấp.

+ Khó thở liên tục.

+ Nhịp tim nhanh (tần số > 100 lần/phút).

+ Thở nhanh (tần số hô hấp > 20 lần/phút).

+ Sử dụng cơ thang, cơ ức đòn chũm để thở (sờ thấy đơn độc).

+ Vã mồ hôi trán.

+ Ngôn ngữ đứt đoạn.

+ Thở không đồng bộ (đảo ngược).

- Nếu có tình trạng suy hô hấp phải báo với bác sĩ để xem xét thở Mask hoặc đặt nội khí quản, thở máy.

• *Kỹ thuật thở Mask* (y tá điều dưỡng thực hiện)

- Nghiêng đầu, đứng phía sau người bệnh, đặt ngón cái và ngón trỏ trên Mask, các ngón khác ở phía sau (phần thẳng đứng của hàm), ngửa đầu theo hướng mở của đường thở. Dùng hai ngón tay (ngón cái và ngón trỏ) ép kín mặt nạ vào mặt (ngón cái ép ngược lại sống mũi, ngón trỏ ép nền của mặt nạ xuống cằm), tay khác tự

do để bóp bóng. Mask được nối với lượng oxy thích hợp (10-15 lít/phút), mặt nạ phải được áp vào mặt vừa khít. Nếu kíp hai người (một cố định mặt nạ, một bóp bóng).

- Tần số bóp bóng dao động từ 14-18 lần/phút.

• *Chăm sóc đặt nội khí quản (bác sĩ thực hiện)*

- Đặt nội khí quản được tiến hành ở người bệnh có suy hô hấp. Đặt nội khí quản được gợi ý khi tỷ lệ hô hấp vượt quá 30 nhịp thở/phút và thông khí phút >10 lần/phút hoặc điểm glasgovv < 8 điểm.

- Điều dưỡng viên phải theo dõi thường xuyên tình trạng hô hấp của người bệnh qua quan sát tần số thở, sự co kéo các cơ gian sườn, màu sắc bất thường của da, môi và đầu chi..., độ bão hòa oxy trên monitoring...

- Kiểm tra thường xuyên sự cố định chặt ống nội khí quản.

- Hút và bơm rửa thường xuyên bằng các dung dịch sát khuẩn, chống kết dính do dịch tiết khí - phế quản.

• *Chăm sóc thở máy*

- Thở máy được chỉ định khi lâm sàng có biểu hiện suy hô hấp, dung tích sống <15ml/kg và áp lực thở vào tối đa (MIP) < 25cmH_20; Fi0_2 < 50mmHg.

- Điều dưỡng viên phải thường xuyên kiểm tra, theo dõi các thông số đã được cài đặt thích hợp (hiển thị trên máy) cho người bệnh.

- Theo dõi tình trạng thở chống máy.

- Báo với bác sĩ các bất thường của người bệnh để kịp thời xử trí.

- Cai máy thở sẽ được chuyển dần từng bước chế độ thở: chế độ thở có kiểm soát (CMV), chế độ thở điều khiển ngắt quãng (IMV), thông khí trợ giúp áp lực (PSV) theo chỉ định của bác sĩ.

- *Chăm sóc mở khí quản*

- Chỉ định mở khí quản phụ thuộc rõ vào tiến trình lâm sàng của đột quỵ do bác sĩ chỉ định.

- Chăm sóc hằng ngày giống như chăm sóc khi đặt nội khí quản bởi ống hút riêng biệt, vô trùng tuyệt đối theo đúng kỹ thuật để tránh vi khuẩn và các chất tiết thêm vào đường thở (tối ưu là sau mỗi lần hút nên thay ống hút khác, ít nhất mỗi ngày thay ống hút một lần).

- Sau mỗi lần hút, hai đầu ống hút phải được ngâm ngập trong dung dịch sát khuẩn.

- Các bình đựng chất tiết phải được thay rửa hằng ngày.

b) Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Đánh giá tình trạng hô hấp sau khi tiến hành các bước làm lưu thông đường thở: tần số thở, nhịp thở, mức độ co rút các cơ tham gia thở.

- Màu sắc da: hồng hào, tím tái, vã mồ hôi...

- Mạch, nhiệt độ, HA, SPO_2, khí máu...

- Các xét nghiệm bất thường phải báo ngay cho bác sĩ.

- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

4. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

- Người bệnh phải trợ giúp hô hấp hoặc lưu thông đường thở nằm cấp cứu tại Trung tâm đột quỵ được y tá điều dưỡng theo dõi, chăm sóc theo chế độ đặc biệt.

- Khi người bệnh tỉnh, làm được theo y lệnh, không cần trợ giúp hô hấp (thở máy, thở Mask) thì y tá điều dưỡng sẽ hướng dẫn tập thở vào cố và tập thở ra cố, tập ho - khạc đờm.

- Người nhà khi được vào thăm cần chú ý không cho ăn uống vì dễ gây sặc cho người bệnh.

III. QUY TRÌNH THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP TIM, RỐI LOẠN HUYẾT ÁP

A. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương não nặng có thể dẫn đến các rồi. loạn nhịp tim, rối loạn huyết áp do rối loạn hệ thần kinh thực vật (thần kinh giao cảm và phó giao cảm) như:

- Tăng - giảm huyết áp.

- Ngoại tâm thu thất dầy, ngoại tâm thu thất chùm.

- Nhịp nhanh thất hoặc rung thất, nhịp xoắn đỉnh trong chảy máu dưới nhện, QT kéo dài trên điện tim với kali máu giảm.

- Rung nhĩ (thành cơn hay kéo dài).

- Nhịp chậm xoang, blốc xoang nhĩ, ngừng xoang, blốc nhĩ - thất).

- Điện tim bất thường: ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược...

1. Mục đích

- Phát hiện sớm, kịp thời các rối loạn tim mạch mới xuất hiện ở người bệnh đột quỵ.

- Có biện pháp dự phòng, xử trí thích hợp các biến chứng này.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm viện có tình trạng tim - mạch bất thường.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- Đeo găng tay và đảm bảo vô trùng tuyệt đối trước khi tiến hành các thao tác.

c) Dụng cụ

- Máy theo dõi các chức năng sống (monitoring) hoặc huyết áp kế.

- Máy điện tim, điện cực dán.

- Máy hút, dây hút.

- Oxy, dây dẫn oxy.

- Thuốc nâng - hạ huyết áp, thuốc lợi tiểu, thuốc an thần, thuốc chống sốc phản vệ, thuốc hạ nhiệt... theo quy định ở tủ thuốc cấp cứu.

- Dịch truyền theo cơ số.

- Chăn ủ ấm cho người bệnh, túi chườm lạnh (nếu không có điều hòa).

B. CHĂM SÓC TÌNH TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP TRONG ĐỘT QUỴ

Tăng huyết áp gặp phổ biến ở người bệnh đột quỵ nhất là đột quỵ chảy máu não. Tăng huyết áp ở người bệnh đột quỵ có nhiều nguyên nhân nên việc dùng thuốc hạ huyết áp phải được xem xét một cách thận trọng nhất là ở người bệnh trẻ với đột quỵ cấp và do không có khả năng kiểm soát huyết áp trong ít giờ đầu sau tiếp nhận. Huyết áp đại đa số sẽ trở về bình thường sau 24 giờ cho đến 7 ngày đầu.

1. Mục đích

- Xác định chính xác các nguyên nhân của tăng huyết áp đột quỵ (bệnh tăng huyết áp, vữa xơ động mạch, tăng huyết áp phản ứng do đáp ứng Cushing, do đau, kích thích và tình trạng thông khí...).

- Chỉ điều chỉnh hạ huyết áp khi huyết áp động mạch trung bình > 130mmHg hoặc áp lực

tưới máu não > 85mmHg (giá trị này gần tương ứng với giới hạn trên của tự điều chỉnh của cơ thể và áp lực cao hơn có thể làm tăng phù não, tăng nguy cơ chảy máu tái phát).

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm điều trị tại Trung tâm Đột quỵ có tăng huyết áp.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Đeo găng tay và đảm bảo vô trùng trước khi tiến hành các thao tác.

c) Dụng cụ

- Các thuốc hạ huyết áp tác dụng nhanh (nifedipin), thuốc lợi tiểu, thuốc an thần kinh (seduxen), thuốc giảm đau (efferalgan), thuốc trấn tĩnh thần kinh (aminazin), dây cố định người bệnh... luôn có sẵn trong tủ thuốc cấp cứu.
- Máy theo dõi các chức năng sự sống (monitoring).
- Huyết áp kế tay.
- Các phương tiện dụng cụ được trang bị trong trung tâm đột quỵ.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

Người bệnh đột quỵ tăng huyết áp có chỉ định hạ huyết áp (huyết áp trung bình ≥ 130mmHg).

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Xác định tổng thể nguyên nhân tăng huyết áp (kích thích vật vã, tắc nghẽn lưu thông đường thở, sốt cao, bí đái, sốc dịch truyền...), mức độ ý thức, mức độ liệt so với khi chưa có cơn tăng huyết áp.

c) Người thực hiện (y tá điều dưỡng)

- Khi phát hiện có sự bất thường của huyết áp, y tá điều dưỡng cần đo ngay huyết áp tay người bệnh bằng huyết áp kế chuẩn để xác định mức huyết áp thực tế hiện tại và báo ngay với bác sĩ để có biện pháp xử trí thích hợp theo nguyên tắc đã nêu ở trên.
- Nếu huyết áp tăng cao cấp tính (huyết áp tâm thu > 230mmHg), loại trừ tăng huyết áp do kích thích vật vã, bí đái cấp hoặc cản trở lưu thông đường thở... thì y tá điều dưỡng cần xử trí ngay bằng nhỏ 3 giọt adalat dưới lưỡi hoặc bơm qua sonde 1 viên nifedipin 10mg, tiếp sau báo ngay với bác sĩ để tiếp tục xử lý thích hợp cho bệnh nhân.
- Trong trường hợp huyết áp tăng cao cấp tính mà có các biểu hiện kết hợp như:

+ Người bệnh kích thích vật vã: phải cố định người bệnh và dùng thuốc an thần theo chỉ định.

+ Nếu ùn tắc đờm dãi phải hút sạch.

+ Nếu cầu bàng quang căng do bí đái phải thông đái.

Y tá điều dưỡng phải hoặc xử trí các tình huống trước hoặc kết hợp xử trí với dùng thuốc hạ huyết áp (trong phạm vi quyền hạn nêu trên) và tiếp tục theo dõi huyết áp trên monitoring theo chế độ chỉ định của bác sĩ.

Lưu ý: nếu người bệnh có suy tim sung huyết, phù não nặng lên nhanh trên lâm sàng và phim chụp cắt lớp, tăng huyết áp tột độ kéo dài... thì dùng các thuốc tiêu huyết khối, sau can thiệp thả coils, kẹp clips phình mạch hoặc phẫu thuật mở hộp sọ... Việc duy trì và điều chỉnh huyết áp sẽ theo chỉ định của bác sĩ.

4. Đánh giá và ghi hồ sơ báo cáo

- Đặt chế độ đo huyết áp tự động trên monitoring hoặc chế độ đo huyết áp tay theo chỉ định của bác sĩ.

- Ghi chép trên phiếu theo dõi và trong bệnh án các mức huyết áp sau xử lý, các điểm cần chú ý về tình trạng bệnh có liên quan đến tăng huyết áp của người bệnh.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh táo, làm được theo y lệnh thì cần dặn dò, động viên họ yên tâm điều trị.

C. CHĂM SÓC TÌNH TRẠNG TỤT HUYẾT ÁP TRONG ĐỘT QUỴ

Tụt huyết áp trong đột quỵ là một biến chứng thường gặp trong các trường hợp đột quỵ nguy kịch do mất máu bởi chảy máu não khối lượng lớn, phù não chèn ép các trung khu hô hấp - tuần hoàn ở hành não, giảm cung lượng tim do thiếu máu cơ tim kết hợp hoặc do loạn nhịp tim...

1. Mục đích

Nâng huyết áp để đảm bảo áp lực lọc cầu thận và đảm bảo cung lượng tuần hoàn nuôi não (huyết áp tâm thu tối thiểu > 90mmHg).

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm điều trị tại trung tâm đột quỵ bị tụt huyết áp so với mức huyết áp quy định.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.

- Đeo găng tay và đảm bảo vô trùng trước khi tiến hành các thao tác.

c) Dụng cụ

- Các thuốc nâng huyết áp (dopamin, noadrenalin, dịch truyền, dịch cao phân tử), các thuốc điều trị rối loạn nhịp tim (digoxin, cordaron...), thuốc chống sốc phản vệ theo cơ số tủ cấp cứu.
- Máy theo dõi chức năng sống (monitoring), máy thở, bơm tiêm điện, máy hút...

3. Các bước tiến hành

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ não nặng đang nằm điều trị có biểu hiện tụt huyết áp dưới mức huyết áp quy định.

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

- Đánh giá mức độ ý thức (hôn mê) của người bệnh.
- Đánh giá nhịp thở, các chỉ số sinh tồn trên máy monitoring, nhiệt độ thân thể, tình trạng chảy máu (nếu có), mức độ mất nước - điện giải.
- Soi đồng tử hai bên.
- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nếu có.
- Khối lượng phân, nước tiểu.

c) Thực hiện nâng huyết áp theo chỉ định

- Khi người bệnh có biểu hiện tụt huyết áp, y tá điều dưỡng phải kiểm tra lại ngay các thông số theo dõi trên màn hình monitoring (mạch, nhiệt độ, huyết áp, tần số thở, độ bão hòa oxy), đo lại bằng huyết áp kế cầm tay để xác định mức huyết áp thực tế hoặc kiểm tra áp lực tĩnh mạch trung tâm, báo cáo với bác sĩ các thông số không bình thường để xem xét xử trí.

- Sẵn sàng các phương tiện đã chuẩn bị để nâng huyết áp theo y lệnh.

- Phụ giúp bác sĩ tiến hành các biện pháp nâng huyết áp theo yêu cầu.

- Sẵn sàng lấy máu xét nghiệm theo y lệnh để xác định nguyên nhân và truyền máu (nếu có chỉ định) theo lệnh của bác sĩ.

- Tiếp tục theo dõi các thông số sinh tồn trên monitoring.

- Ủ ấm nếu bệnh nhân lạnh, rét run.

4. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, điện tim bất thường, khí máu, SPO_2.

- Lượng dịch, máu truyền vào, số lượng nước tiểu.

- Các kết quả xét nghiệm bất thường.

- Lập kế hoạch theo dõi tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh, vượt khỏi cơn nguy hiểm, làm theo y lệnh, tình trạng huyết áp trong giới hạn cho phép thì yêu cầu người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh trên giường.

IV. QUY TRÌNH CHĂM SÓC TÌNH TRẠNG KHỐI LƯỢNG TUẦN HOÀN CƠ THỂ

Người bệnh đột quỵ nặng (chảy máu hoặc nhồi máu não lớn) hầu hết có tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn do:

Tại các tuyến cấp cứu ban đầu:

+ Không đảm bảo lượng dịch truyền, dùng các thuốc hạ huyết áp và lợi tiểu không đúng.

+ Chưa có đủ trang thiết bị cũng như kinh nghiệm chăm sóc người bệnh đột quỵ.

+ Không tuân thủ các quy định khi vận chuyển.

- Tại đơn vị chăm sóc tích cực đột quỵ: không đánh giá đầy đủ tình trạng thiếu hụt nước (sốt, nôn, giảm huyết áp, thở máy...).

1. Mục đích

- Đảm bảo duy trì đủ khối lượng tuần hoàn, đảm bảo áp lực lọc cầu thận.

- Đảm bảo cung lượng máu não.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Nằm trên giường trong tư thế thuận lợi cho các thao tác cấp cứu.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Đeo găng tay và đảm bảo vô trùng tuyệt đối trước khi tiến hành các thao tác.

c) Dụng cụ

- Máy theo dõi các chức năng sống (monitoring) hoặc huyết áp kế.
- Nhiệt kế.
- Các dịch truyền: natriclorua 0,9%, ringer lactat, nước muối ưu trương (3-5%), dịch cao phân tử (albumin 5%). Các loại dịch thường hay được sử dụng trong đột quỵ cấp bao gồm:

+ Nước muối đẳng trương (natriclorua 0,9%): dung dịch này có nồng độ 308mosm/kg làm tăng ưu trương nhẹ so với huyết tương (289mosm/kg).

+ Ringer lactat (273mosm/kg): nhược trương nhẹ, thường dùng trong các đa chấn thương.

Ghi chú: hai loại dịch này tồn tại trong lòng mạch tối đa hai giờ, không đủ thời gian để tác động lên tình trạng khối lượng, chỉ tăng rất

khiêm tốn khối lượng trong mạch, không làm tăng thêm áp lực động mạch phổi cũng như các chỉ số tim, nó đảm bảo tình trạng sinh lý ổn định ở các bệnh nhân tổn thương thần kinh nặng như đột quỵ.

+ Dung dịch nước muối ưu trương (natriclorua 3% hoặc 5%): làm tăng dịch ở trong khoang nội bào nhưng thoảng qua.

- Máu đồng loại nếu có chỉ định.

- Các thuốc cấp cứu sốc phản vệ theo quy định.

- Quang truyền, cọc truyền và dây truyền, bông - cồn sát khuẩn.

- Bộ đặt áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Bơm 50ml.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

- Đánh giá các dấu hiệu giảm cung lượng tuần hoàn (tình trạng mất nước):

+ Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp tim, tần số thở, tình trạng vã mồ hôi, cơn động kinh não trung gian...

+ Hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, điện giải, thẩm thấu, creatinin, urê máu, mức glucose máu, khí máu động mạch.

+ Số lượng nước tiểu.

+ Tình trạng chảy máu tiêu hóa: nôn ra máu, đi ngoài phân đen.

+ Các xét nghiệm đánh giá tình trạng khối lượng dịch (theo giá trị bình thường).

• Hematocrit (< 55%).

• Thẩm thấu huyết thanh (< 350m0sm).

• Natri huyết thanh (<150mEq/l).

Lưu ý: bất kỳ các giá trị nào cao hơn các giá trị trên đều phải bù thêm dịch.

- Đánh giá sơ bộ thăng bằng dịch trên cơ sở khối lượng dịch vào và lượng nước tiểu thải ra (phải đo chính xác):

+ Tổng số lượng nước tiểu thải ra (ít nhất 1ml/kg/giờ).

+ Nếu lượng nước tiểu thải >2ml/kg/giờ là lượng dịch đưa vào quá mức (nhưng phải loại trừ các nguyên nhân khác, đặc biệt là đái tháo đường...).

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Đánh giá mức ý thức (tỉnh táo, hôn mê), thở máy hỗ trợ hoặc điều khiển.

c) Thực hiện

- Tiến hành bù dịch theo chỉ định của bác sĩ (loại dịch, tốc độ truyền, các thuốc pha trong dịch truyền...).

- Theo đánh giá chung, người bệnh hôn mê đột quỵ lượng dịch mất trong một ngày trung bình qua dạ dày - ruột: 250ml; qua da và phổi: 750ml; các mất nước khác 1.000ml. Nếu sốt cao

liên tục kéo dài có thể tăng lên tới 500ml/độ bách phân...

Công thức để tính lượng nước thiếu hụt (tính theo lít):

$$\left[0,6 \text{ x trọng lượng cơ thể x } \frac{\text{Natri huyết tương}}{140} - 1\right]$$

- Khi điều trị tình trạng giảm khối lượng không có hiệu quả rõ rệt, cần báo với bác sĩ để chỉ định truyền dung dịch nước muối ưu trương hoặc kết hợp với các dung dịch cao phân tử (albumin 5%) theo chỉ định.

Lưu ý:

+ Theo kinh nghiệm, người bệnh tổn thương não nặng cấp tính lượng dịch đưa vào ban đầu tối thiểu là 200ml/giờ để đạt một thăng bằng dịch dương tính xấp xỉ 1000ml giúp điều chỉnh sự mất ý thức.

+ Nếu tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn do mất máu (kết quả xét nghiệm và lâm sàng) cần báo bác sĩ để xem xét bù máu.

4. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Các dấu hiệu chức năng sinh tồn trên monitoring: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, điện tim bất thường, tần số thở, $SP0_2$.

- Màu sắc da: hồng hào, tím, vã mồ hôi.

- Lượng dịch vào - ra (nước tiểu 24 giờ) số lượng và tính chất phân.

- Các kết quả xét nghiệm, nếu có bất thường phải báo ngay bác sĩ.

- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh, làm được theo y lệnh thì yêu cầu người bệnh nằm nghỉ yên tĩnh trên giường, tránh giãy giụa nhiều làm sai lệch vị trí kim truyền; hoặc khi thấy sưng nề, đau buốt tại chỗ truyền hoặc cảm giác khó chịu, buồn nôn, nôn, đau đầu... phải báo ngay với y tá điều dưỡng.

V. QUY TRÌNH CHĂM SÓC CÁC NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

A. ĐẠI CƯƠNG

- Các nhiễm khuẩn trong bệnh viện ảnh hưởng rõ rệt làm nặng lên hoặc tăng tử vong đột quỵ và thường kèm theo suốt những ngày bệnh nhân nằm viện. Sự lây nhiễm ngang từ bệnh nhân tới bệnh nhân bởi tay của các nhân viên y tế được xác định là nguyên nhân phổ biến nhất. Ngày nay đã thống nhất nhận định: "Y tá điều dưỡng đóng vai trò vô cùng quan trọng trong sự phát sinh, phát triển cũng như hạn chế tình

trạng nhiễm trùng bệnh viện nếu không nói là quyết định".

- Theo thống kê, 25% viêm phổi bệnh viện do Staphylococcus aureus, tỷ lệ này tăng lên gấp 5 lần ở người bệnh hôn mê đột quỵ do suy giảm phản xạ nuốt dẫn đến tăng nguy cơ của phổi hút; tiếp đó là các nhiễm khuẩn tiết niệu, loét nằm...

1. Mục đích

- Hiểu và nắm được các nguyên nhân gây nhiễm khuẩn trong đơn vị đột quỵ.

- Phát hiện sớm các dấu hiệu, triệu chứng nhiễm khuẩn ở các bệnh nhân đột quỵ.

- Có biện pháp dự phòng và điều trị tích cực tình trạng nhiễm khuẩn ở người bệnh đột quỵ nằm viện.

2. Người bệnh

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm tại đơn vị đột quỵ có tình trạng nhiễm khuẩn.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng với đầy đủ trang phục y tế.

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- Đeo găng và tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

- Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

c) Dụng cụ

- Nhiệt kế.

- Hộp thay băng vô khuẩn và nhiễm khuẩn.

- Các dung dịch sát trùng: dung dịch nước muối, cồn 70 độ, cồn iod, thuốc tím hòa loãng, oxy già...

- Các dụng cụ bơm rửa bàng quang - niệu đạo.

- Các catheter, sonde (dạ dày, niệu đạo).

- Ống klizaber hoặc Jober nếu có chỉ định.

- Máy hút, dây hút.

- Các phương tiện theo dõi người bệnh tại đơn vị đột quỵ (monitoring, máy thở...).

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

Đánh giá tình trạng và nguyên nhân sốt:

- Màu sắc và nhiệt độ da.

- Đo nhiệt độ thân thể người bệnh đột quỵ (> 37 độ), bắt mạch quay.

- Tình trạng hô hấp, tần số thở.

- Một số nguyên nhân của sốt trong đột quỵ cấp:

+ Viêm phổi, xẹp phổi: khó thở, hình ảnh thâm nhiễm phổi trên phim X quang, giảm mức oxy tương ứng...

+ Nhiễm khuẩn do đặt catheter mạch máu: bạch cầu tăng - chuyển trái, tại chỗ có nhiễm khuẩn chân catheter...

+ Nhiễm khuẩn đường niệu: tăng bạch cầu niệu, đã hoặc đang đặt sonde niệu đạo...

+ Nhiễm khuẩn loét nằm: có loét hoại tử các điểm tỳ đè.

+ Tắc mạch huyết khối: nhịp tim nhanh kéo dài; đau, phù bắp chân...

+ Viêm xoang: đặt ống thông mũi...

+ Viêm màng não: có rò dịch não tủy...

+ Sốt tiêu máu: chảy máu dưới nhện, chấn thương đầu, máu tụ do chấn thương...

+ Sốt thuốc: dùng các tác nhân dược mới gần đây (< 5 ngày).

b) Thực hiện

- Khi phát hiện sốt mới khởi phát, y tá điều dưỡng phải đo ngay nhiệt độ thân thể người bệnh.

- Báo ngay với bác sĩ, dưới sự chỉ đạo của bác sĩ để tìm nguyên nhân sốt:

+ Đánh giá sơ bộ tổng thể về nguyên nhân sốt.

+ Xét nghiệm máu toàn bộ, nuôi cấy (máu, đờm, nước tiểu, phân...), chụp X quang ngực và xoang... theo chỉ định của bác sĩ.

+ Thay băng, bơm rửa bàng quang, hút đờm dãi theo y lệnh.

- Nếu người bệnh sốt > 38 độ, y tá điều dưỡng có thể xử trí dùng thuốc hạ nhiệt đường uống hoặc đặt đạn hạ nhiệt trước, sau đó báo với bác sĩ về các nguyên nhân có thể gây nên sốt ở bệnh nhân để bác sĩ có kế hoạch xác định và xử trí từng trường hợp cụ thể.

B. CHĂM SÓC VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ

Viêm phổi bệnh viện hầu hết do vi khuẩn từ dạ dày - họng miệng - ruột kết hợp với vi khuẩn ưa khí và sự trào ngược dạ dày hút vào phổi khối lượng nhỏ lặp lại khi ngủ ở người bệnh suy giảm phản xạ nôn, tuổi > 70 tuổi, thở máy, bệnh phổi mạn tính tiềm ẩn, đặt lại ống nội khí quản...

1. Mục đích

Phát hiện và xác định sốt viêm phổi.

Có thái độ xử trí đúng, tích cực để điều trị viêm phổi.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nặng xác định có viêm phổi nằm điều trị tại bệnh viện.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.
- Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

c) Dụng cụ

Như ở phần chung chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn bệnh viện.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

Xác định sơ bộ mức độ viêm phổi ở người bệnh thông qua:

- Lâm sàng: tình trạng sốt, ho, khạc đờm, tăng tiết dịch, dịch tiết đậm đặc nhầy mủ, mức độ khó thở...
- Cận lâm sàng: bạch cầu tăng, chuyển trái; X quang phổi có hình ảnh thâm nhiễm ngoại vi (mờ đục lan tỏa nhiều ở hai bên, các khoang phổi đôi khi chỉ thấy khí, chỉ ra một micro áp-xe...); chẩn đoán vi sinh vật và nhuộm Gram (-) là quan trọng...

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc: môi khô, lưỡi bự, thiếu máu, suy kiệt...

c) Thực hiện

Dự phòng viêm phổi ở người bệnh thở máy là rất quan trọng, vì vậy y tá điều dưỡng phải:

- Thường xuyên bơm rửa ống nội khí quản bằng dung dịch bơm rửa theo y lệnh của bác sĩ, hút sạch liên tục các dịch tiết phổi và khí phế quản...
- Dùng khí dung hằng ngày theo y lệnh.
- Kiểm tra vị trí, sự cố định, tình trạng lưu thông của các ống; loét nhiễm khuẩn tại chân ống,

thay băng hằng ngày các ống (nội khí quản, ống klizaber, Jober), ống hút, chai đựng dung dịch sát khuẩn ngâm ống hút...

- Vệ sinh răng miệng người bệnh hằng ngày bằng dung dịch nước sát khuẩn.

- Đặt tư thế người bệnh đầu cao 30 độ, trở mình thường xuyên mỗi 2 giờ kết hợp với vỗ ngực - lưng.

- Duy trì nồng độ kháng sinh trong máu, không truyền tập trung trong thời gian ngắn.

4. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Màu sắc da: hồng hào, tím, vã mồ hôi.

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tần số thở, SPO_2, khí máu.

- Các kết quả xét nghiệm bất thường.

- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh, hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho khạc đờm

C. CHĂM SÓC TÌNH TRẠNG NHIỄM KHUẨN DO ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm khi nhiễm khuẩn thường dẫn đến sốt không rõ nguyên nhân, nhất là các trường hợp phải đưa nhiều loại sản phẩm nuôi dưỡng qua đường truyền này.

1. Mục đích

- Phát hiện và xác định nhiễm khuẩn do đặt catheter.

- Loại bỏ tình trạng nhiễm khuẩn catheter.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm điều trị tại bệnh viện được xác định nhiễm khuẩn do đặt catheter.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.
- Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

c) Dụng cụ

Chuẩn bị như phần nhiễm khuẩn chung bệnh viện.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

- Xác định người bệnh sốt nhiễm khuẩn do đặt catheter.
- Lâm sàng của nhiễm khuẩn liên quan tới đặt catheter tĩnh mạch gồm: sốt mới khởi phát, nhiều hơn 15 đơn vị cụm khuẩn trong môi trường

nuôi cấy của đầu catheter, viêm cục bộ, cấy máu dương tính. Tĩnh mạch viêm biểu hiện bởi đau, mềm, ban đỏ và phù nề, giai đoạn muộn tại chỗ có mủ và vỏ chắc.

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Mức độ ý thức, tình trạng hô hấp, tình trạng nhiễm trùng - nhiễm độc...

c) Thực hiện

Khi xác định nhiễm khuẩn do đặt catheter, y tá điều dưỡng phải:

- Tiến hành thay catheter mới (cả catheter và dây dẫn) ở vị trí khác.
- Áp lạnh ướt chỗ viêm.
- Cấy máu và cấy khuẩn tại chỗ viêm (chân catheter).
- Sát khuẩn, thay băng, rửa sạch, thấm khô chân catheter bằng cồn iod.
- Tiến hành truyền kháng sinh tĩnh mạch theo kháng sinh đồ theo chỉ định của bác sĩ.

4. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tần số thở, ý thức.
- Các biến chứng sưng mủ tại chỗ viêm (chân catheter), tĩnh mạch viêm để báo với bác sĩ tiếp tục xử lý có hiệu quả.

- Các kết quả xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh, làm được theo y lệnh: hướng dẫn người bệnh quan sát mức độ đỏ (viêm) theo đường truyền, tình trạng chung toàn thân.

D. CHĂM SÓC NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG NIỆU

Người bệnh hôn mê đột quỵ phải đặt sonde niệu đạo kéo dài có tỷ lệ nhiễm khuẩn tăng rõ rệt, chủ yếu bởi Escherichia coli và Proteus mirabilis.

1. Mục đích

- Phát hiện và xác định sốt nhiễm khuẩn đường niệu.
- Điều trị tích cực, có hiệu quả nhiễm khuẩn đường niệu.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ đặt sonde niệu đạo được xác định sốt nhiễm khuẩn đường niệu.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

- Nơi thực hiện: tại giường bệnh đột quỵ.

c) Dụng cụ

Chuẩn bị như phần nhiễm khuẩn chung bệnh viện: sonde tiểu, dung dịch và thuốc sát trùng, dụng cụ vô khuẩn để bơm rửa bàng quang...

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

Xác định người bệnh sốt do nhiễm khuẩn đường niệu. Chẩn đoán dựa trên: sốt, đau trên xương mu hoặc sườn - hông, rối loạn chức năng bài niệu, nước tiểu đục, nhiều xác bạch cầu, xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu > 10 tế bào/mm^3, cấy nước tiểu cho kết quả dương tính.

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Mức ý thức, tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc, số lượng và tính chất nước tiểu...

c) Thực hiện

Khi xác định nhiễm khuẩn đường niệu, y tá điều dưỡng phải:

- Vệ sinh, sát khuẩn rộng đầu dương vật... bởi dung dịch sát khuẩn quy định.

- Thay sonde vô khuẩn mới và cố định đúng.

- Tiến hành bơm rửa niệu quản - bàng quang hết sức vô khuẩn và cẩn thận hằng ngày theo chỉ định của bác sĩ.

- Tiến hành xét nghiệm, nuôi cấy máu và nước tiểu theo yêu cầu của bác sĩ.

4. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Các biến chứng sưng, nề có mủ tại chỗ viêm (đầu quy đầu...).
- Số lượng, màu sắc nước tiểu để báo với bác sĩ tiếp tục xử lý có hiệu quả.
- Các kết quả xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh: hướng dẫn người bệnh tập rặn đái, uống nhiều nước...

E. CHĂM SÓC NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIÊU HÓA Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ

- Viêm dạ dày - ruột ở bệnh nhân đột quỵ nằm điều trị tại bệnh viện hầu hết biểu hiện bởi đi lỏng, nhưng sự xuất hiện đi lỏng không phản ánh một nguyên nhân nhiễm khuẩn. Clostridium difficile thường là nguyên nhân.
- Một số nguyên nhân khác có thể gây nên đi

lỏng như: chất lượng thức ăn, số lượng và kỹ thuật cho ăn...

1. Mục đích

- Phát hiện và xác định nguyên nhân đi lỏng ở người bệnh đột quỵ

- Có biện pháp dự phòng và xử trí tích cực tình trạng đi lỏng do nhiễm khuẩn.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm điều trị tại khoa bị đi lỏng.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.
- Nơi thực hiện: tại giường người bệnh đột quỵ xác định đi lỏng do nhiễm khuẩn đường tiêu hóa.

c) Dụng cụ

- Bộ dụng cụ rửa dạ dày.
- Sonde dạ dày mới vô khuẩn.
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.
- Vaselin bôi trơn.
- Ống nghe.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

Xác định người bệnh đi lỏng do nhiễm khuẩn tiêu hóa trên cơ sở lâm sàng bằng các dấu hiệu như sốt, có thể chỉ một sự tăng nhỏ số lượng phân lỏng nhưng xảy ra thường xuyên, đi lỏng nước phổ biến hơn đi lỏng máu, tăng bạch cầu, co cứng cơ bụng nặng nề, nội soi thấy viêm kết tràng.

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Tình trạng nhiễm trùng - nhiễm độc:

- Tình trạng nôn - trào ngược.
- Số lượng và tính chất phân.
- Mức độ ý thức...

c) Thực hiện

Khi xác định nguyên nhân đi lỏng do nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, y tá điều dưỡng phải:

- Cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh.
- Tiến hành hút và bơm rửa làm sạch thức ăn bị nhiễm khuẩn lưu cữu trong dạ dày bệnh nhân bởi dung dịch nước muối sinh lý vô khuẩn, 0,9% theo quy trình rửa dạ dày kinh điển.
- Tiến hành thay đặt sonde dạ dày mới theo quy trình đặt sonde dạ dày.
- Cho bệnh nhân sử dụng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ (thường dùng metronidazol, vancomycin hoặc cholesty ramin...).

- Theo dõi số lần đi ngoài, tính chất và số lượng phân.

- Nhiệt độ của người bệnh.

4. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Số lượng, màu sắc phân để báo với bác sĩ tiếp tục xử lý có hiệu quả.

- Các kết quả xét nghiệm bất thường.

- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh, làm theo y lệnh thì hướng dẫn người bệnh ăn theo chế độ bệnh lý của bệnh viện, vệ sinh răng miệng sau khi ăn...

VI. CHĂM SÓC NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ

- Chăm sóc nuôi dưỡng người bệnh đột quỵ nặng có các đặc trưng riêng biệt như: chăm sóc tình trạng tăng chuyển hóa, điều trị các biến chứng do bị liệt dạ dày và đường vào nuôi dưỡng. Vì vậy, sự cho ăn sớm để đảm bảo nuôi dưỡng đủ là thiết yếu nhất với người bệnh tổn thương não nặng nề, giúp bù lại các năng lượng đã bị tiêu

hao, tăng sức để kháng, đủ khả năng chống lại các vi khuẩn xâm nhập, giảm tử vong, giảm có ý nghĩa các nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Chăm sóc nuôi dưỡng người bệnh đột quỵ bao gồm sự thiết lập phương pháp nuôi dưỡng, đánh giá khả năng suy dinh dưỡng nằm dưới...

1. Mục đích

- Xác định khả năng tự nuốt (ăn đường miệng) chủ động và thụ động của người bệnh đột quỵ.

- Đánh giá các dấu hiệu của suy dinh dưỡng.

- Tiến hành các biện pháp nuôi dưỡng thích hợp, có hiệu quả cho bệnh nhân đột quỵ não để hạn chế sự teo cơ, cung cấp đủ vitamin, muối khoáng, chất béo và dịch.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm tại khoa phải nuôi dưỡng trợ giúp.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- Đảm bảo vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

- Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

c) Dụng cụ

- Dung dịch nuôi dưỡng.
- Bơm cho ăn (50ml).
- Nước tinh khiết.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

Nhận định người bệnh cần chăm sóc nuôi dưỡng bằng cách đánh giá khả năng nuốt của người bệnh.

- Xác định người bệnh có khả năng ăn qua đường miệng khi:

+ Người bệnh tỉnh táo, hòa hợp, định hướng được, có khả năng định vị trong tư thế ngồi.

+ Không liệt mặt.

+ Không yếu, tụt lưỡi.

+ Ho tốt.

+ Giọng nói tốt.

+ Thực hiện các động tác theo y lệnh.

+ Nhấp thìa nước ban đầu, sau đó uống cả ngụm nước được mà không bị sặc.

- Các đặc trưng gợi ý cơ chế nuốt không bình thường:

+ Sự nhô cao thanh quản bất thường.

+ Họng không được làm sạch bình thường.

+ Ý chí và phản xạ ho không bình thường.

+ Phản xạ nôn không bình thường.

+ Vận động và chuyển động nhanh miệng không bình thường.

+ Có sự cản trở không bình thường khi nuốt.

Lưu ý: người bệnh có cơ chế nuốt không bình thường, ý thức kém sáng sủa... cần xem xét chuyển chế độ ăn qua sonde.

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Mức độ ý thức, tình trạng suy dinh dưỡng, khả năng mức độ hấp thu...

c) Thực hiện

- Chỉ định nuôi dưỡng qua sonde:

+ Người bệnh không có khả năng thức tỉnh.

+ Người bệnh được xem như không an toàn nếu cho ăn đường miệng sau khi được đánh giá cẩn thận.

+ Người bệnh không có khả năng để đáp ứng nuôi dưỡng cần thiết.

- Kỹ thuật đặt sonde nuôi dưỡng mũi - dạ dày (y tá điều dưỡng thực hiện):

+ Sử dụng sonde từ 8-16 gauge tuỳ từng bệnh nhân.

+ Người bệnh được đặt trong tư thế ngồi hoặc đầu giường nâng cao 45 độ.

+ Chiều dài của sonde được thiết lập vừa đủ bởi đo từ tai tới đỉnh của mũi và từ đỉnh của mũi tới mỏm ức.

+ Làm trơn đầu sonde bởi vaselin.

+ Gập nhẹ cổ của người bệnh, đưa từ từ sonde vào qua đường mũi.

+ Yêu cầu người bệnh kết hợp nuốt nếu người bệnh đáp ứng theo y lệnh.

Chú ý: khi cảm thấy sonde đã vào dạ dày cần thực hiện thứ tự các thao tác kiểm tra vị trí chính xác của đầu sonde như sau:

+ Kiểm tra có sự thở của người bệnh qua mũi (với một lỗ mũi bịt).

+ Dùng ống nghe đặt ở vùng thượng vị của người bệnh, bơm khoảng 10ml khí trời qua sonde (nghe thấy tiếng ùng ục của tốc độ bơm khí vào).

+ Hút thử qua sonde dịch dạ dày, nếu có dịch là đầu sonde đã vào dạ dày.

+ Cố định sonde vào hai bên môi trên của người bệnh, nút vô trùng đầu sonde.

+ Bơm thử nước: bơm khoảng 10ml nước qua sonde, nếu thấy dễ và người bệnh không sặc chứng tỏ sonde đã vào đúng dạ dày.

+ Nếu còn nghi ngờ: cần được chụp X quang để xác định chính xác vị trí đầu sonde.

+ Nếu sonde mềm: ngâm vào đá lạnh để sonde cứng lên rồi hãy đặt.

- Quy trình kỹ thuật cho người bệnh ăn:

+ Cho ăn đường miệng: nếu người bệnh có khả năng nuốt, khi cho ăn phải tuân thủ quy trình sau:

• Người bệnh được đặt trong tư thế ngồi hoặc trợ giúp trong tư thế ngồi (có thể thay đổi tư thế nếu cần thiết):

* Ăn liều nhỏ, kết hợp tập vận động nuốt.

* Duy trì tình trạng ngồi sau ăn từ 30 phút đến 1 giờ.

• Nếu phải ăn trong tư thế nằm: nằm ngửa thẳng đứng, cổ gấp nhẹ, đầu và tay người bệnh được trợ giúp.

• Nếu người bệnh có nguy cơ của các biến chứng phổi hút: được đặt trong tư thế để bảo vệ đường thở (đầu giường cao 15-30 độ), nằm nghiêng bên.

Lưu ý: sau ít giờ theo dõi, nếu người bệnh có biểu hiện suy giảm ý thức, thờ ơ với sự nuốt, cần phải thay đổi chế độ ăn với:

+ Thức ăn dạng súp đặc (khoai nghiền nhừ).

+ Giám sát đầy đủ với thịt.

+ Theo dõi chuyển động của ngực, nhiệt độ.

+ Cho ăn qua sonde: thức ăn qua sonde phải được thực hiện theo đúng quy trình sau:

• Người bệnh đầu cao trong khi ăn và 1 giờ sau ăn.

• Kiểm tra vị trí sonde (đúng vị trí, tuột ra, tắc...).

• Hút dạ dày trước mỗi lần ăn.

• Nghe nhu động ruột trước và trong khi cho ăn.

• Các chất dinh dưỡng đưa vào sẽ được dùng trực tiếp mà không pha loãng.

• Mỗi lần bơm 30ml nếu thức ăn cao đạm tiêu chuẩn được chế biến sẵn (1 Kcal/ml); bơm 50ml nếu thức ăn giàu dinh dưỡng tự chế biến.

• Cách 1 giờ bơm 1 lần (trừ thời gian từ 22 giờ đến 5 giờ sáng).

• Sau khi bơm thức ăn cần bơm tráng rửa sonde khoảng 20ml nước uống tinh khiết.

• Đảm bảo khối lượng thức ăn và nước tráng sonde khoảng 1500-1800ml/24h.

Ghi chú: nuôi dưỡng qua sonde mở thông dạ dày cũng được tiến hành như nuôi dưỡng ở người bệnh đặt sonde dạ dày.

4. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo

a) Các biến chứng của đặt sonde mũi - dạ dày

- Sonde nằm trong cây phế quản dẫn đến viêm phổi - phế quản.

- Tăng nguy cơ của sự hút trong quá trình đặt do mất trương lực dạ dày.

- Sonde cuộn trong miệng do đặt không đúng hoặc người bệnh giãy giụa, kích thích...

b) Theo dõi trung và đại tiện của người bệnh

- Đánh giá ngay khi tiếp nhận tới buồng bệnh về tình trạng truyền dịch, đại tiện lần cuối khi nào...

- Nếu không đại tiện trong 2 ngày: uống thuốc làm mềm phân.

- Nếu trong 3 ngày: uống thuốc làm mềm phân và glycerin nhét hậu môn.

- Nếu > 4 ngày: xem xét tẩy muối hoặc thụt microlac.

- Nếu không thành công: xem xét thụt kết hợp nước vô trùng và móc phân.

c) Các biến chứng của nuôi dưỡng đường tiêu hóa

Thường là có biến chứng đi lỏng, nguyên nhân do:

- Truyền nhanh gây nôn, chuột rút, trướng bụng.

- Thức ăn dạng tăng thẩm thấu, quá nhiều mỡ.

- Thức ăn nhiễm khuẩn loại vi khuẩn phát triển quá nhanh.

d) Ghi chép, lập hồ sơ và báo cáo

Y tá điều dưỡng phải xem xét từng trường hợp cụ thể, báo với bác sĩ để kịp thời xử lý, đồng thời lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh và làm theo y lệnh: hướng dẫn người bệnh tập ăn từng bước theo chiến thuật và kỹ thuật nêu trên.

VII. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TỔNG THỂ VÀ VẬT LÝ TRỊ LIỆU

Người bệnh đột quỵ nằm tại đơn vị chăm sóc tích cực thần kinh (đơn vị đột quỵ, trung tâm đột quỵ) đòi hỏi phải chăm sóc nuôi dưỡng, đánh giá hằng ngày - hằng giờ mức độ của ý thức, phát hiện những dấu hiệu thần kinh mới xuất hiện, các cơn co giật động kinh, sự kích động cũng như đau đớn, tình trạng tâm lý...

1. Mục đích

- Đảm bảo chăm sóc toàn diện người bệnh đột quỵ.
- Hạn chế tổn thương não, giảm tới mức tối đa tỷ lệ tử vong và tàn phế do đột quỵ, dự phòng các biến chứng.
- Nhanh chóng phục hồi chức năng, giảm ngày nằm điều trị, dự phòng tái phát đột quỵ.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ nằm điều trị tại đơn vị đột quỵ.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

c) Dụng cụ

Như phần chung của chăm sóc tổng thể khi nhập viện.

3. Các bước tiến hành

a) Nhận định người bệnh

Xác định người bệnh cần phải được chăm sóc tổng thể - toàn diện hằng ngày để nâng cao hiệu quả điều trị, dự phòng các biến chứng do nằm cố định trên giường bệnh.

b) Đánh giá tình trạng toàn thân

Tình trạng ý thức, mức độ liệt, mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày...

c) Thực hiện

• Chăm sóc da

- Người bệnh đột quỵ nằm bất động dễ loét mục, thường gặp loét nằm (nhất là người bệnh có giảm albumin máu, hút thuốc lá nhiều, da khô...).

- Những điểm dễ loét là những điểm tỳ đè: vùng cùng cụt, mấu chuyển lớn, mông, gót chân, khuỷu tay, da đầu vùng gáy...

+ Phát hiện các dấu hiệu báo hiệu loét nằm

- Các điểm đỏ đau do nằm tỳ.

- Các loét cũ: màu sắc, chảy máu, mùi hôi, các tổ chức hoại tử...

+ Điều trị

- Trở mình thường xuyên trên giường mỗi 2 giờ (nếu đã loét, trở mình thường xuyên mỗi 1 giờ) là quan trọng hàng đầu trong dự phòng, phục hồi vết loét.

- Dùng đệm khí lỏng khi nằm bất động kéo dài do hôn mê hoặc liệt tứ chi.

- Bôi kem chống loét, làm sạch và khô da (nếu đe dọa loét), rửa sạch - thay băng vô trùng, cắt lọc hoại tử, kích thích mô hạt bằng các dung dịch sát khuẩn (thuốc tím hòa loãng, nước oxy già, nước muối sinh lý...) theo chỉ định của bác sĩ.

• Chăm sóc mắt

- Người bệnh hôn mê cần được nhỏ methylcellulose hoặc thuốc mỡ kháng sinh và bằng mắt với gõ nhẹ hai mi mắt để giảm cọ sát giác mạc, tránh viêm loét giác mạc.

- Người bệnh thở máy với áp lực thông khí dương có thể dẫn tới phù kết mạc nặng làm người bệnh không có khả năng nhắm mắt, do vậy phải được băng khép mi hai mắt.

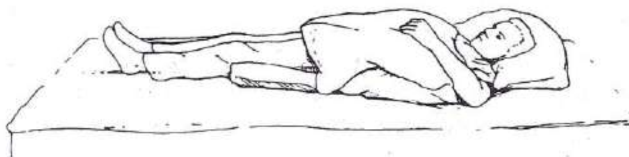
• Chăm sóc miệng

Làm sạch răng miệng nhiều lần, hằng ngày bằng các dung dịch sát khuẩn miệng, kiểm tra tái lập vị trí của ống sonde dạ dày để giảm loét cọ sát, bôi kem làm dịu môi...

• Tư thế nằm của người bệnh hôn mê đột quỵ

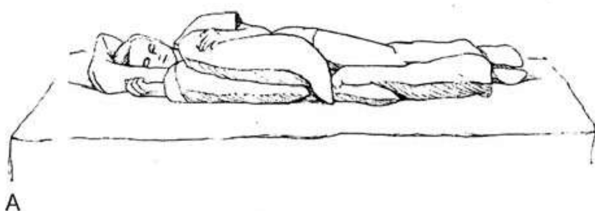
- Người bệnh hôn mê phải được đặt nằm trong tư thế thích hợp để giảm sự co cứng bất kể người bệnh có cần hay không.

- Đầu giường phải được nâng cao 30 độ *(hình 1)* để giảm áp lực trong sọ (nếu bít tắc động mạch nền cấp thì cần phải đặt tư thế nằm ngang *(hình 2B))* .

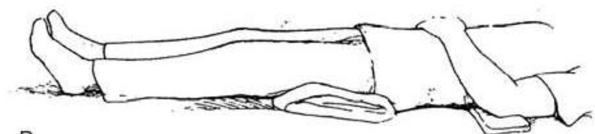


Hình 1

- Tư thế nằm nghiêng bên hoặc trung tính sẽ được trợ giúp với một gối giữa 2 cẳng chân để phòng xoay trong, giạng và đảo ngược của chân *(hình 2A).*



A



B



Hình 2

- Có các cuộn khăn mềm hoặc túi cao su khí mỏng mềm (kiểu găng tay cao su thổi khí vào) đệm ở các vị trí tỳ đè để dự phòng loét hoặc liệt thần kinh mác mắc phải do đè ép *(hình 2C).*

- Người bệnh hoàn toàn *"duỗi thẳng"* trong tư thế nằm ngửa thì phải đặt đầu trong tư thế trung tính (đầu thẳng trục với cột sống trong mặt phẳng trước sau), tay gấp nhẹ từ khuỷu với bàn tay nghỉ ngắn ở phía bên của bụng bởi trợ giúp gối, các ngón tay giạng trên bề mặt của gối, đầu gối giạng hoặc gấp nhẹ với cuộn khăn mềm dưới vùng mấu chuyển lớn khớp háng đê giảm ép thần kinh mác. Khớp gối đặt lý tưởng từ 70-80 độ so với cẳng chân, các ngón chân hướng lên trên *(hình 3).*



Hình 3

- Nếu người bệnh nằm nghiêng bên thì cần nghiêng về bên lành, không xoắn vặn đầu, đầu được trợ giúp bởi gối, không có sự gập thân và cột sống, chi nằm dưới gấp nhẹ, nâng háng bên liệt bởi trợ giúp gối *(hình 2A).*

- Người bệnh bị liệt nửa người, thường đầu và cổ sẽ ở chính giữa.

- Người bệnh liệt tứ chi có thể được đặt trong tư thế fowler *(hình 3).*

• Các biện pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng

a) Các rối loạn chức năng và di chứng thường gặp sau đột quỵ não

- Tình trạng bất thường về trương lực cơ:

trương lực cơ giảm (liệt mềm) trong giai đoạn đầu và trương lực cơ tăng (liệt cứng) ở giai đoạn sau với mẫu co cứng thường gặp:

+ Đầu nghiêng và xoay về bên liệt, mặt quay sang bên lành.

+ Chi trên biểu hiện mẫu co cứng gấp.

+ Thân mình nghiêng về bên liệt và xoay ra sau.

+ Chi dưới biểu hiện mẫu co cứng duỗi.

- Mất sự phối hợp bình thường của các cơ, do đó bệnh nhân không thực hiện được các vận động nhịp nhàng theo mẫu vận động bình thường.

- Mất đối xứng: do mất cân bằng về trương lực cơ của các nhóm cơ ở thân mình, ở các chi và ở mặt hoặc do các rối loạn bất thường khác.

- Chịu trọng lượng không đều: bệnh nhân thường dồn trọng lượng sang nửa bên lành; nhất là ở các tư thế ngồi, đứng và đi.

- Sợ hãi: có thể do mất cảm giác, rối loạn thăng bằng, rối loạn phản xạ bảo vệ, rối loạn tri giác. Sợ hãi làm tăng thêm co cứng và làm cho vận động của bệnh nhân ngày càng khó khăn hơn.

- Rối loạn cảm giác: giảm hoặc mất cảm giác về vị trí, cảm thụ bản thể, mất cảm giác xúc giác và cảm giác đè ép.

- Rối loạn ngôn ngữ: nói khó, nói ngọng, mất nói.

- Rối loạn đại, tiểu tiện (không tự chủ).

b) Một số tai nạn và biến chứng có thể gặp

- Loét do đè ép (loét các điểm tỳ): thường do nằm lâu, dinh dưỡng kém, công tác vệ sinh chăm sóc không tốt... dẫn tới loét tại những vùng thường bị tỳ nén lâu ngày (như vùng cùng cụt, gót chân, xương bả vai, ụ ngồi...).

- Ngã: do mất khả năng phối hợp vận động, mất phản xạ chống đỡ... có thể gây các tổn thương thứ phát, đặc biệt là gãy cổ xương đùi.

- Bán trật khớp vai lâu hồi phục.

- Bỏng, điện giật: thường do động tác không chính xác, do thiếu kiểm tra theo dõi hoặc do rối loạn ý thức.

c) Nguyên tắc chăm sóc và điều trị vật lý trị liệu - phục hồi chức năng

- Bắt đầu càng sớm càng tốt. Có thể tiến hành ngay khi tình trạng toàn thân cho phép. Mỗi một giai đoạn có những biện pháp kỹ thuật cụ thể khác nhau.

- Trong khi tập luyện phải chú ý đến toàn bộ cơ thể, với các bài tập vận động cân xứng cả hai bên.

- Sử dụng kỹ thuật kích thích hoặc ức chế để đưa trương lực cơ trở lại bình thường hoặc gần bình thường trước khi thực hiện vận động.

- Tập vận động theo cách mà trước khi bị

liệt bệnh nhân đã làm với các mẫu vận động bình thường.

- Sử dụng các dụng cụ trợ giúp cần thiết phù hợp, có liên quan gần gũi với cuộc sống và sinh hoạt thường ngày của người bệnh, phát huy tính tích cực, chủ động của người bệnh và gia đình trong tập luyện, hướng dẫn người bệnh và gia đình để họ có thể tự tập vận động tại nhà sau khi ra viện.

d) Mục tiêu chăm sóc điều trị vật lý trị liệu - phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau đột quỵ não

- Đề phòng tổn thương thứ phát, tránh gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề về lâu dài (như loét, bội nhiễm phổi, ruột, teo cơ cứng khớp, gãy xương...).

- Phục hồi và biết cách tự sử dụng các động tác trong sinh hoạt đời sống hằng ngày, hạn chế dần sự trợ giúp của người khác như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân...

- Tự di chuyển được, giảm dần việc người khác phải trợ giúp như ngồi, đứng, đi lại, biết cách sử dụng dụng cụ trợ giúp cho vận động và đi lại (nạng, xe lăn...). Đây là mục tiêu rất quan trọng vì nó tạo điều kiện thay đổi cơ bản cuộc sống, đặc biệt trong hoàn cảnh chúng ta chưa có được những phương tiện di chuyển hiện đại cho người liệt.

- Lao động hữu ích với khả năng tối đa có thể được vì lợi ích của bản thân, gia đình và xã hội (cơ sở hội nhập và bình đẳng xã hội), trở lại với công tác, nghề nghiệp cũ.

- Các biện pháp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng tiêu chuẩn sẽ được tiến hành sớm ngay sau đột quỵ bởi chỉ định của bác sĩ phục hồi chức năng bao gồm tư thế nằm, vận động thụ động...

+ Các bài tập vận động thụ động bao gồm: giạng, khép, gấp và chuyển động duỗi các chi 2 lần hằng ngày.

+ Các bài tập chủ động sẽ được tiến hành thường xuyên hơn để hạn chế tình trạng giảm huyết áp thế đứng, mất khối cơ và sức co cơ do nằm nghỉ dài ngày trên giường.

+ Vỗ ngực và lưng với lực vỗ vừa phải, tập thở (hít vào và thở ra cố), tập ho để tránh ùn tắc đờm dãi, giảm dịch tiết lưu giữ, lưu thông đường thở, giảm sự xẹp phổi, giảm sự hút và trào ngược khí quản.

• *Chuyển dịch người bệnh đột quỵ*

- Chuyển dịch người bệnh từ giường đến ghế phải theo thứ tự từng bước phụ thuộc vào mức độ ý thức, mức độ tổn thương não theo chỉ định của bác sĩ, tránh đốt cháy giai đoạn dễ gây các biến chứng tụt kẹt não do giảm áp lực sọ đột ngột hoặc

hạ huyết áp tư thế đột ngột. Các bước được tiến hành tuần tự như sau:

+ Giai đoạn cấp: người bệnh nằm tư thế đầu cao 30 độ theo chỉ dẫn quy định.

+ Giai đoạn bán cấp: người bệnh được tập trợ giúp cử động các chi trên giường bệnh.

Nếu người bệnh có nhồi máu não diện rộng hoặc chảy máu não mức vừa và lớn (>$30cm^3$) hoặc ở các vị trí dễ gây tụt kẹt não vào lỗ chẩm, lều tiểu não, hố thái dương... thì cần tránh nâng đầu cao đột ngột. Sau giai đoạn cấp phải chuyển dịch từng bước (nâng đầu giường lên 40-50-60-75-90 độ) cho người bệnh thích nghi. Tiếp sau, người bệnh được ngồi trên giường có gối đệm hoặc người đỡ; tiếp đó ngồi thõng chân, ngồi ghế tựa, ngồi ghế bô nếu cần; tiến tới tập đứng vịn giường có người hỗ trợ rồi không người hỗ trợ, tập đi có hai người dìu, một người dìu (hỗ trợ bên liệt).

- Nếu người bệnh có tổn thương não mức nhẹ hơn hoặc ở vị trí ít gây tụt kẹt não thì các bước này có thể thực hiện nhanh hoặc tập chủ động, giảm sự trợ giúp.

4. Đánh giá, ghi chép hồ sơ và báo cáo

- Theo dõi toàn diện các chỉ tiêu trên, nếu có bất thường báo cáo bác sĩ.

- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh, thực hiện được theo y lệnh thì hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân thực hiện hằng ngày các thao tác trên theo thứ tự; tránh nôn nóng, đốt cháy giai đoạn; biết cách trợ giúp đồng thời tâm lý liệu pháp cho người bệnh...

VIII. VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ

Người bệnh đột quỵ não nằm viện cần phải vận chuyển để tiếp tục làm các thủ tục chẩn đoán và điều trị kết hợp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

1. Mục đích

- Dự đoán khả năng những biến đổi các dấu hiệu của sự sống khi vận chuyển để hạn chế tổn thương nặng nề thêm các tổ chức não.
- Có biện pháp dự phòng để hạn chế tổn thương thêm các tổ chức não.

2. Chuẩn bị

a) Người bệnh

Người bệnh đột quỵ não nằm viện có chỉ định vận chuyển.

b) Người thực hiện

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Nơi thực hiện: tại phòng bệnh.

c) Dụng cụ

Các trang thiết bị cần thiết cho vận chuyển người bệnh theo yêu cầu của từng bệnh nhân đột quỵ (cáng hoặc xe đẩy ngồi, máy đo huyết áp, ống nghe, túi ôxy, cọc truyền có bánh xe, mặt nạ bóp bóng, túi thuốc cấp cứu, máy thở cơ động, máy hút...).

3. Các bước tiến hành

a) Theo dõi và đánh giá toàn trạng người bệnh trước khi vận chuyển

- Các dấu hiệu của sự sống ổn định trong một giờ.
- Hút đờm khí quản trước vận chuyển một giờ và liên tục đến khi vận chuyển nếu có.
- Kiểm tra tình trạng của các vị trí catheter trong tĩnh mạch (làm cho sạch nếu cần).
- Các dấu hiệu của sự sống của người bệnh tồn tại sau thở bóp bóng vài phút.
- SaO_2 > 90%.
- Không có cơn động kinh gần đây.

b) Thực hiện

- Truyền mannitol được chuẩn bị nếu cần thiết.

- Khi được chỉ định, các loại thuốc như chống động kinh, dịch truyền, albumin... phải được sẵn sàng cung cấp ngay.

- Theo dõi huyết áp động mạch, điện tim phải được tiếp tục nếu cần thiết.

- Tiếp tục đo ôxy mạch nếu yêu cầu.

4. Đánh giá, ghi chép hồ sơ và báo cáo

Sau khi vận chuyển, đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo.

5. Hướng dẫn người bệnh và người nhà bệnh nhân

Nếu người bệnh tỉnh, làm được theo y lệnh thì cần hướng dẫn - giải thích để người bệnh và gia đình hiểu, cùng hợp tác trong khi di chuyển.

ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ NÃO

Mặc dù điều trị đột quỵ não đã thu được một số kết quả hứa hẹn, nhưng cho đến nay, việc dự phòng tốt các yếu tố nguy cơ vẫn được coi là biện pháp chủ yếu giúp làm giảm gánh nặng điều trị.

I. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA ĐỘT QUỴ NÃO

1. Các yếu tố nguy cơ không thay đổi được

- Tuổi: nguy cơ mắc đột quỵ não tăng dần theo tuổi. Người ta nhận thấy ở tuổi sau 55 tuổi, cứ sau 10 năm tỷ lệ đột quỵ sẽ tăng gấp đôi.

- Giới: nam gặp nhiều hơn nữ; tuy nhiên các thống kê cho thấy ở tuổi 35-44 và trên 85 tuổi, tỷ lệ mới mắc đột quỵ ở nữ cao hơn.

- Chủng tộc: người da đen có tỷ lệ chết do đột quỵ não cao hơn người da trắng.

- Yếu tố di truyền: tiền sử bố hoặc mẹ bị đột quỵ não thì tỷ lệ con cái bị đột quỵ cao hơn so với những người bố mẹ không bị đột quỵ não.

2. Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được

- Tăng huyết áp: tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu cho các thể đột quỵ não. Tăng huyết áp được xác định khi chỉ số huyết áp ≤ 140/90mmHg.

- Hút thuốc lá kéo dài: là một yếu tố nguy cơ quan trọng cho đột quỵ não và nhồi máu cơ tim nếu hút > 5 điếu thuốc lá/24 giờ và kéo dài > 2 năm cho tới khi bị đột quỵ.

- Đái tháo đường: nguy cơ đột quỵ não tăng lên ở những người đái tháo đường do đái tháo đường là một trong những yếu tố dẫn đến vữa xơ động mạch.

- Rung nhĩ: rung nhĩ làm đột quỵ não tăng lên 5,6%.

- Các bệnh lý tim mạch khác: các bệnh cơ tim dãn, bệnh lý van tim, bệnh tim bẩm sinh, suy tim... cũng làm tăng nguy cơ đột quỵ não.

- Rối loạn lipid máu: tăng cholesterol toàn phần, tăng triglycerid, tăng mức LDL-C và giảm mức HDL-C làm tăng vữa xơ động mạch, tăng huyết áp dễ dẫn đến đột quỵ.

- Hẹp động mạch cảnh không triệu chứng: làm tăng tỷ lệ đột quỵ thiếu máu cục bộ não.

- Các bệnh lý di truyền trội nhiễm sắc thể (bệnh tế bào hình liềm).

- Béo phì, ít vận động, chế độ dinh dưỡng không hợp lý.

- Lạm dụng rượu, dùng thuốc tránh thai, rối loạn hô hấp khi ngủ, Migraine...

- Tăng các yếu tố như: homocystein, C-protein, interlekin-6, cortison...

3. Các yếu tố ảnh hưởng tiên lượng đột quỵ

- Mức huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tăng (> 140/90mmHg).

- Tuổi: nam > 55 tuổi; nữ > 65 tuổi.

- Hút thuốc lá.

- Rối loạn lipid máu: cholesterol toàn phần > 6,5mmol/l (> 250mg/dl); hoặc LDL-cholesterol > 4,0mmol/l (>155mg/dl); hoặc HDL-cholesterol (nam < 1,0 mmol/l, nữ < 1,2mmol/l) (nam < 40mg/dl, nữ < 48mg/dl).

- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm (ở tuổi < 55 tuổi với nam và < 65 tuổi với nữ).

- Béo bụng (chu vi bụng nam ≥ 102cm, nữ ≥ 88cm).

- Protein phản ứng c ≥ lmg/dl.

- Dày thất trái (điện tim có chỉ số Sokolow-Lyons > 38mm.

- Siêu âm tim (chỉ số khối cơ thất trái ở nam >125 g/m^2, ở nữ >110g/m^2), có bằng chứng siêu âm dày thành động mạch.

- Creatinin huyết thanh tăng nhẹ (nam 115-133 mmol/l và nữ 107-124mmol/l hoặc nam 1,3-1,5 mg/dl và nữ 1,2-1,4mg/dl).

- Microalbumin niệu (30-300mg/24h).

- Đường huyết lúc đói > 7,0mmol/l (126mg/dl); đường huyết sau khi ăn > 11,0mmol/l (198mg/dl).

- Bệnh mạch máu não: đột quỵ thiếu máu não cục bộ, chảy máu não, cơn thiếu máu não cục bộ thoảng qua.

- Bệnh tim: nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực, tái thông mạch vành, suy tim ứ huyết.

- Bệnh thận: bệnh thận đái tháo đường, suy thận (creatinin huyết thanh nam >133 mmol/l, nữ >124mmol/l; nam >1,5 mg/dl, nữ >1,4mg/dl); protein niệu > 300mg/24h; bệnh động mạch ngoại biên.

- Bệnh võng mạc tiến triển, xuất huyết hoặc xuất tiết, phù gai thị *(hướng dẫn năm 2003 của Hội Tăng huyết áp châu Âu, Hội Tim học châu Âu).*

II. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ NÃO

1. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ liên quan đến sức khỏe, tim và mạch máu có thể giúp ngăn chặn đột quỵ

Sáu chỉ tiêu cần theo dõi như sau:

- Huyết áp (blood pressure).
- Hút thuốc (smoking).
- Rung nhĩ (AF, atrial fibrilation).
- Đái tháo đường (diabetes).
- Cholesterol.
- Hẹp động mạch cảnh (carotid stenosis).

2. Điều trị dự phòng cấp 1

- Huyết áp: theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), huyết áp <130/85mmHg là bình thường.

Chỉ dẫn tái kiểm tra huyết áp ở các bệnh nhân tăng huyết áp khi điều trị hạ huyết áp.

	Huyết áp tâm thu (mmHg)	**Huyết áp tâm trương (mmHg)**	**Kế hoạch kiểm tra**
Lý tưởng	< 120	< 80	Tái kiểm tra 2 năm
Bình thường	<130	< 85	Tái kiểm tra 2 năm
Bình thường cao	130-139	85-89	Tái kiểm tra 1 năm
↑ Huyết áp độ 1 (nhẹ)	140-159	90-99	Xác nhận trong 2 tháng
↑ Huyết áp độ 2 (vừa)	160-179	100-109	Xác nhận trong 1 tháng
↑ Huyết áp độ 3 (nặng)	> 180	> 110	Xác định ngay trong 1 tuần
↑ Huyết áp tâm thu đơn độc	> 140	< 90	Điều trị theo phân loại trên

- Hút thuốc: không hút thuốc, nguy cơ đột quỵ giảm rõ rệt sau 5 năm dừng thuốc.

- Rung nhĩ (AF): làm tăng nguy cơ đột quỵ gấp 6 lần (AF tăng theo tuổi), cần kiểm tra điện tim và chức năng tuyến giáp.

+ Nếu xuất hiện triệu chứng và các yếu tố nguy cơ khác: xem xét dùng chống đông kỳ dài với warfarin, IRN 2.0 - 3.0 (theo chỉ dẫn chuyên khoa).

+ Nếu không có triệu chứng và các yếu tố nguy cơ khác (trên điện tim, lâm sàng và siêu âm, tuổi < 65), rung nhĩ đơn độc thì cần xem xét điều trị chống kết tập tiểu cầu.

- Đái tháo đường: kiểm tra mức glucose máu định kỳ.

Mục tiêu đạt được	**Lý tưởng**	**Tốt**	**Khá**	**Tồi**
HbA1c	<7%	7 - 7,9%	8 - 9%	> 9%
Mức glucose máu trước ăn (mmol/l)	3,5-6	6 - 7	7 - 10	> 10
Mức glucose máu sau ăn (mmol/l)	4-8	8 - 11	11-14	> 14

- Giảm mức cholesterol máu: giảm nguy cơ đột quỵ với giảm mức cholesterol.

Nguy cơ thừa nhận: các bệnh nhân có biểu hiện bệnh mạch vành tim	Bắt đầu điều trị với các mức (mmol/l) cholesterol > 4
Nguy cơ cao (một hoặc nhiều): đái tháo đường, tăng cholesterol máu, bệnh sử gia đình của bệnh mạch vành, tăng huyết áp, bệnh mạch máu ngoại vi	Cholesterol > 6,5 hoặc Cholesterol > 5,5 và HDL < 1
Các bệnh nhân với HDL < 1mmol/l	Cholesterol > 6,5
Các bệnh nhân không bao gồm các yếu tố trên	Chotesterol > 9 hoặc Triglycerid >8

- Hẹp động mạch cảnh (kiểm tra trên siêu âm khi có tiếng thổi động mạch cảnh): nếu hẹp trên 60% không triệu chứng, có thể xem xét lựa chọn phẫu thuật khai thông động mạch cảnh, mặc dù còn đang tranh luận.

3. Điều trị dự phòng cấp 2

Các bệnh nhân đã mắc đột quỵ hoặc thiếu máu não cục bộ thoảng qua (TIA) có nguy cơ cao tái phát đột quỵ (ít nhất 20% trong 5 năm).

- Huyết áp: nghiên cứu PROGRESS đã cho thấy dùng perindopril 4mg kết hợp indapamid 2,5mg (trừ khi có chỉ định hoặc chống chỉ định với thuốc lợi tiểu), sẽ giảm nguy cơ toàn bộ đột quỵ

28% trên 5 năm, bất kể mức huyết áp ban đầu bao nhiêu.

- Hút thuốc: như dự phòng cấp 1.

- Rung nhĩ : như dự phòng cấp 1.

- Đái tháo đường: như dự phòng cấp 1.

- Cholesterol: nếu hiện tại không xác định rõ, theo chỉ dẫn dự phòng cấp 1.

- Hẹp động mạch cảnh: hẹp động mạch cảnh triệu chứng trên 70% thì có thể lựa chọn phẫu thuật khai thông động mạch cảnh; hẹp 50 - 69%: xem xét phẫu thuật khi bệnh nhân có nguy cơ rất cao.

4. Điều gì giúp mọi người giảm nguy cơ đột quỵ

- Tuân theo sự chỉ dẫn của bác sĩ khi có tăng huyết áp hoặc đái tháo đường.

- Bắt đầu và tiếp tục tập luyện thường xuyên.

- Không hút thuốc.

- Giữ trọng lượng cơ thể không béo mập, ăn thức ăn có hàm lượng mỡ và cholesterol thấp.

- Hạn chế uống rượu.

- Tránh căng thẳng hoặc kích thích quá mức.

- Đột quỵ thường không đau, có các dấu hiệu báo động.

5. Dự phòng tái phát đột quỵ thiếu máu não

Muốn dự phòng đột quỵ thiếu máu não thì điều quan trọng là cần thay đổi lối sống:

- Kiểm soát huyết áp.

- Có ý thức với mạch không đều (rung nhĩ) có thể là nguyên nhân xảy ra đột quỵ khác nữa.

- Không hút thuốc.

- Kiểm soát đường máu nếu có đái tháo đường.

- Ăn thức ăn có hàm lượng chất béo thấp.

- Giảm uống rượu quá mức.

- Tập luyện thường xuyên.

- Giữ trọng lượng cơ thể trong giới hạn.

- Ăn không quá mặn, tăng rau quả.

- Nếu dùng thuốc tránh thai, cần thông báo với bác sĩ để theo dõi.

III. MỘT SỐ THÔNG TIN TRONG ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ NÃO

1. Tăng huyết áp

- Huyết áp là áp lực bên trong mạch máu của mỗi người, bao gồm huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) và huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương) (thí dụ: huyết áp = 120/80 có nghĩa là huyết áp tối đa = 120mmHg, huyết áp tối thiểu = 80mmHg). Huyết áp bình thường khi đo được là <140/90mmHg, tăng huyết áp khi huyết áp ≥140/90mmHg. Các nghiên cứu cho thấy, nếu huyết áp < 140/90mmHg sẽ giảm thấp nguy cơ xảy ra đột quỵ.

- Tăng huyết áp (hypertension) là một trong những yếu tố nguy cơ lớn nhất của đột quỵ. Vì vậy, điều trị tăng huyết áp để giữ mức huyết áp trong phạm vi an toàn sẽ giảm nguy cơ đột quỵ.

- Mục đích của điều trị tăng huyết áp là để giảm tối đa tổng nguy cơ dài hạn của biến chứng và tử vong tim mạch. Điều này đòi hỏi phải điều trị tất cả các yếu tố nguy cơ đã phát hiện (bao gồm hút thuốc lá, rối loạn lipid máu hoặc đái tháo đường...). Cần xử trí thích hợp các tình trạng lâm sàng kèm theo cũng như điều trị bản thân tăng huyết áp. Cần hạ thấp huyết áp cả tâm thu và tâm trương < 140/90 mmHg ở những người tăng huyết áp và < 130/80mmHg ở người đái tháo đường. Cần lưu ý rằng ở những người cao tuổi khó đạt được trị số huyết áp tâm thu < 140mmHg.

- Dùng thuốc hạ huyết áp khi nào?

+ Khi đã thay đổi một số lối sống cũng như giảm ăn mặn mà không giúp kiểm soát được huyết áp thì cần dùng thuốc hạ huyết áp.

+ Các thuốc làm giảm huyết áp:

• Thuốc lợi tiểu (furosemid, thiazid...) được khuyên dùng ở các bệnh nhân có suy tim sung huyết, bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi, tăng huyết áp tâm thu đơn độc, suy thận.

• Các thuốc phong bế thụ thể alpha (atenolol) trong phì đại tiền liệt tuyến, tăng lipid máu; hoặc chẹn bêta (aldomet...) trong đau thắt ngực, sau

nhồi máu cơ tim, suy tim sung huyết, có thai, tim đập nhanh.

• Thuốc chẹn kênh calci (dihyropyridin) ở bệnh nhân cao tuổi, tăng huyết áp tâm thu đơn độc, bệnh mạch máu ngoại biên, đau thắt ngực, xơ vữa động mạch cảnh, có thai; hoặc verapamil, diltiazem trong đau thắt ngực, vữa xơ động mạch cảnh, nhịp nhanh trên thất.

• Các thuốc ức chế men chuyển (ACE) (perindopril, captopril, ramipril...) trong suy tim sung huyết, rối loạn chức năng thất trái, sau nhồi máu cơ tim, bệnh thận không do đái tháo đường, bệnh thận đái tháo đường typ I, protein niệu.

• Các thuốc phong bế thụ thể angiotensin II (ARB) (irbesartan, telmisartan, candesartan...) trong bệnh thận đái tháo đường typ II, microalbumin niệu, đái tháo đường, protein niệu, dày thất trái, ho do thuốc ức chế men chuyển.

Các thuốc điều trị huyết áp có thể có một số tác dụng phụ như: nôn, đau đầu, chóng mặt và mệt mỏi... Khi xuất hiện các triệu chứng trên, cần thông báo cho bác sĩ để được chỉ dẫn cụ thể đồng thời dùng các thuốc hạ huyết áp phù hợp với từng trường hợp.

2. Các thuốc chống kết tập tiểu cầu

- Quá trình đông máu được gọi là quá trình tạo thành huyết khối, là cơ chế tự nhiên giúp cơ

thể bảo vệ chống lại sự chảy máu quá mức. Khi mạch máu bị tổn thương, các tiểu cầu kết tập lại hình thành cục máu đông làm tắc mạch để chống chảy máu. Cục máu đông có thể di trú trong mạch máu, gây tắc mạch làm giảm lưu lượng máu tới một phần của não, là nguyên nhân của đột quỵ. Dạng đột quỵ này được gọi là đột quỵ thiếu máu não. Để giảm nguy cơ của đột quỵ loại này, ngoài thay đổi lối sống cho phù hợp với sức khỏe cần dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu (các thuốc chống kết tập tiểu cầu làm giảm quá trình hình thành cục máu đông, vì vậy giúp ngăn chặn đột quỵ).

- Nguy cơ lớn nhất của dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu là gây chảy máu. Vì vậy, nếu có nguy cơ hoặc đột quỵ chảy máu thì không dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu và phải thông báo cho bác sĩ biết để lựa chọn thuốc thích hợp.

- Một số thuốc chống đông vón tiểu cầu thường dùng như:

+ Aspirin: nếu đã có nguy cơ của đột quỵ hoặc đột quỵ thiếu máu não, aspirin sẽ giảm nguy cơ xảy ra đột quỵ hoặc tái phát đột quỵ khoảng 19% đồng thời giảm tử vong và tàn phế. Aspirin ngày nay vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong dự phòng đột quỵ não. Tác dụng phụ của aspirin gồm buồn nôn, nôn, ban đỏ da, bầm tím và chảy máu.

Liều dùng dự phòng của aspirin là 300mg/24h, dùng kéo dài theo chỉ dẫn của bác sĩ.

+ *Clopidogrel (plavix):* giống aspirin, giảm nguy cơ xảy ra đột quỵ, nhồi máu cơ tim, tử vong và tàn phế hơn aspirin (khoảng 34%). Tác dụng phụ gồm: chảy máu, ngứa, ban, đi lỏng và bầm tím.

Liều dùng: clopidogrel (plavix 75mg) x 1 viên/24h.

Điều trị và dự phòng theo chỉ dẫn của bác sĩ.

Trong thực tế, các bệnh nhân có tiền sử đột quỵ do tim, dùng plavix có hiệu quả hơn các thuốc chống kết tập tiểu cầu khác.

+ *Aggrenox* (aspirin 25mg + dipyridamol phóng thích chậm 200mg): các nghiên cứu cho thấy có tác dụng giảm nguy cơ xảy ra đột quỵ hơn aspirin và clopidogrel (khoảng 37%). Tác dụng phụ gồm buồn nôn, nôn, mẩn ngứa, mề đay, co thắt phế quản. Khi xuất hiện các tác dụng không mong muốn kể trên, cần báo ngay cho bác sĩ để xử trí.

Liều dùng: aggrenox x 2 viên/24h, dùng theo chỉ dẫn của bác sĩ.

- Dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu kéo dài bao nhiêu lâu?

Nếu có nguy cơ đột quỵ hoặc tái phát đột quỵ thì cần dùng thuốc kéo dài (trừ khi có những lý do phải dừng thuốc). Khi đó cần phải trao đổi với bác sĩ.

3. Thuốc chống đông

- Cục máu đông có thể di trú lên não gây tắc mạch não dẫn đến đột quỵ thiếu máu cục bộ não. Thường gặp cục máu đông từ tim ở các bệnh nhân bị rung nhĩ.

- Rung nhĩ là nhịp tim không đều và không đồng bộ. Bình thường, các buồng tim nhẵn, khi tim co bóp sẽ tống toàn bộ máu đi nuôi cơ thể. Khi bị rung nhĩ, máu dễ ứ lại trong tim và kết quả là hình thành cục máu đông. Cục máu đông này có thể vỡ, di trú lên não gây đột quỵ. Trong trường hợp này có thể dùng thuốc chống đông vì cũng như thuốc chống đông vón tiểu cầu, thuốc chống đông tác động vào quá trình đông máu, ngăn ngừa sự hình thành cục máu đông dẫn đến đột quỵ. Dùng thuốc chống đông trong điều trị đột quỵ có hiệu quả hơn các thuốc chống kết tập tiểu cầu và thường được dùng khi có rung nhĩ. Tuy nhiên, nguy cơ chảy máu lớn hơn khi dùng kéo dài, do vậy, các bác sĩ sẽ quyết định dùng loại thuốc nào cho hợp lý.

- Trường hợp nào thường dùng thuốc chống đông?

+ Nhìn chung, sẽ chỉ dùng chống đông khi có rung nhĩ hoặc bệnh van tim và nguy cơ của đột quỵ bởi cục máu đông từ tim.

+ Thuốc chống đông sẽ không được dùng khi:

• Có sa sút trí tuệ.
• Thường uống số lượng lớn rượu.
• Có loét đường tiêu hóa.
• Có vấn đề về chảy máu.
• Đã có đột quỵ chảy máu.
• Có tổn thương gan hoặc thận.
• Có nguy cơ dễ ngã.

- Các dạng thuốc chống đông:

+ Heparin và heparin trọng lượng phân tử thấp (warfarin, lovenox...) là các dạng thuốc chống đông thường dùng. Heparin có hiệu quả ngay và có thể dùng như bước đầu tiên cho đến khi dùng warfarin.

+ Warfarin thường dùng 5 hoặc 6 ngày tới khi đạt được hiệu quả. Nó có thể bắt đầu dùng tương tự heparin và cũng có hiệu quả ngay.

- Tác dụng không mong muốn của thuốc chống đông: tác dụng không mong muốn nặng nề nhất của dùng thuốc chống đông là chảy máu và bầm tím. Nếu có bất kỳ dấu hiệu nào kể trên phải báo ngay với bác sĩ. Ngoài ra, thuốc chống đông cũng có thể gây nên đi lỏng, buồn nôn, nôn, chán ăn, rụng tóc, ngứa hoặc ban da. Cần trao đổi với bác sĩ những triệu chứng trên.

- Dùng thuốc chống đông đến khi nào?

Heparin thường được dùng khi mà warfarin bắt đầu có hiệu quả. Nếu dùng warfarin thì cần được nghỉ ngơi, xét nghiệm máu thường xuyên để

theo dõi mức warfarin trong máu và ảnh hưởng của nó trên sự đông máu. Nếu cần dừng warfarin, phải báo với bác sĩ để giảm liều dần.

4. Các thuốc tiêu huyết khối

- Các thuốc tiêu huyết khối làm tan cục máu đông, có thể giảm rõ rệt mức độ nặng của đột quỵ thiếu máu cục bộ não nếu cho trong 3 giờ đầu của đột quỵ. Chúng chỉ được dùng trong bệnh viện dưới sự theo dõi cẩn thận.

- Các nguy cơ liên quan trong dùng thuốc tiêu huyết khối: tissue plasminogen activator (rtPA) là thuốc tiêu huyết khối thường được dùng và có thể tăng nguy cơ chảy máu trong não nhiều hơn, làm cho đột quỵ tồi tệ hơn nhưng không làm tăng tỷ lệ tử vong.

5. Các thuốc hạ cholesterol

- Cholesterol là một chất béo được phát hiện trong máu, nó được sản sinh bởi cơ thể nhưng cũng có thể bởi thức ăn. Mức cholesterol trong máu quá cao có thể làm dày nhanh thành mạch máu, làm gia tăng nguy cơ đột quỵ.

- Hàm lượng cholesterol trong một số thực phẩm (mg/100g thực phẩm):

+ Lòng đỏ trứng: 1480　+ Não lợn: 800

+ Gan lợn: 180　+ Thịt tôm hùm: 130

+ Bơ: 120　+ Thịt cua: 100

+ Phomat: 90
+ Thịt gà: 85
+ Kem: 65
+ Thịt nạc heo: 50
+ Thịt cừu: 55
+ Thịt bò: 45
+ Váng sữa: 22
+ Sữa 14
+ Lòng trắng trứng: 0

- Nguyên nhân chủ yếu của tăng cholesterol máu là ăn quá nhiều mỡ bão hòa và tăng trọng lượng cơ thể.

- Nếu như có bệnh tim, một số thuốc hạ mức cholesterol máu sẽ giảm nguy cơ xảy ra đột quỵ khác nữa.

- Một số thuốc giảm mức cholesterol máu như: statins, nicotinic acid, fibrates, resins và probucol...; trong đó, statins là hiệu quả nhất.

6. Chế độ ăn cho những người đái tháo đường

- Chế độ ăn uống hợp lý là một trong những biện pháp điều trị quan trọng cho người bệnh đái tháo đường, góp phần làm ổn định đường huyết. Người ta chia chất đường làm 2 loại là: đường hấp thu chậm (gồm: các thực phẩm từ gạo, bột mỳ, hạt (ngô, hạt sen, các loại đậu)) và đường hấp thu nhanh (đường mía, mật ong, mạch nha, chè, kẹo, mứt, chocolat, bánh ngọt, kem, nước ngọt giải khát các loại, sữa đặc có đường).

- Chế độ ăn nên:

+ Đảm bảo tỷ lệ năng lượng cung cấp do chất đạm là 12-15%; chất đường là 55%; chất béo là ≤30%. Ngoài ra cần có sinh tố và chất xơ.

+ Trong các bữa ăn nên có đủ các thành phần, không nên chỉ ăn toàn thức ăn chứa dầu thực vật; nên ăn ít các loại chất béo dễ gây xơ mỡ động mạch như bơ, phomat, các loại mỡ trừ mỡ cá.

+ Cần hạn chế cholesterol ở mức thấp, dưới 300mg mỗi ngày.

+ Nên dùng những thức ăn chứa đường hấp thu chậm (từ bột, gạo, ngũ cốc) để không làm tăng quá cao đường huyết sau bữa ăn.

+ Nên dùng những thức ăn chứa nhiều chất xơ để làm chậm hấp thu các chất đường và giúp tránh táo bón.

+ Không nên ăn mặn, ở người tăng huyết áp nên ăn nhạt.

+ Thức ăn có đủ sinh tố, đặc biệt là vitamin nhóm B.

+ Nên phân thành nhiều bữa để tránh tăng đường huyết sau ăn (ở người gầy: 3 bữa chính và 2 bữa phụ; ở người trung bình, mập: 3 bữa, có thể có một bữa phụ). Nên ăn đều đặn và đúng giờ, không nên bỏ bữa ăn và bù vào bữa khác.

+ Với bệnh nhân dùng insulin: bữa ăn nên phù hợp với thời gian tác dụng tối đa của insulin để đề phòng hạ đường huyết.

+ Trái cây: ít nhất mỗi ngày nên dùng một suất trái cây tương đương với 10-12,5g chất đường, cụ thể như sau: xoài, lê, lựu: 1 trái nhỏ; táo, chuối chín, na, ổi, cam, đào, hồng đỏ, khế

ngọt: 1 trái vừa; mơ, măng cụt, mận tây: 2 trái vừa; nho, nhãn: 8-10 trái; vải quả, chôm chôm: 4-5 trái; đu đủ, dứa, dưa đỏ, mãng cầu xiêm: 1 lát; sầu riêng, mít: 1 múi lớn hoặc 2 múi nhỏ.

+ Chế độ ăn phải cân đối, có đủ các thành phần quan trọng: protid, lipid, muối khoáng, glucid và tuỳ theo thụ cảm của từng bệnh nhân mà gia giảm cho thích hợp các thành phần.

(Theo chế độ ăn của những người đái tháo đường của Servier).

7. Điều trị vật lý trị liệu và phục hồi chức năng các bệnh nhân sau đột quỵ tại cộng đồng

a) Chăm sóc điều trị phục hồi chức năng tại nhà và cộng đồng

- Chăm sóc điều trị tại nhà và cộng đồng là một quá trình cơ bản và lâu dài, tiếp theo sau giai đoạn nằm viện và có thể kéo dài tới suốt đời người bệnh. Ở thời kỳ này, các tổn thương đã ổn định và dần dần hồi phục, người bệnh phải tranh thủ thời gian tập luyện, nhất là trong 6 tháng đầu sau khi đột quỵ. Sau thời gian đó, quá trình hồi phục sẽ chậm lại.

- Giai đoạn đầu khi mới ra viện thì sự trợ giúp của những người thân trong gia đình là hết sức cần thiết, nhất là trong việc duy trì thực hiện các bài tập đã được huấn luyện tại bệnh viện và

phòng tránh các biến chứng, tai nạn rủi ro có thể xảy ra trong sinh hoạt và tập luyện, vì lúc này, sự điều hợp cũng như lực cơ của người bệnh còn chưa được tốt. Một số trường hợp, do sự quan tâm của gia đình không đúng mức đã làm cho người bệnh trở nên bi quan, chán nản không chịu tập luyện, dẫn tới tâm lý phụ thuộc, trì trệ và làm cho bệnh cảnh chung trở nên trầm trọng xấu đi. Ngược lại, những trường hợp được quan tâm đúng mức, có sự phối hợp tốt giữa gia đình và người bệnh đã làm cho quá trình hồi phục đạt được những cơ sở vững chắc và có bước tiến bộ rõ rệt. Người bệnh hào hứng tham gia vào quá trình tập luyện, tạo đà cho quá trình phục hồi đạt được kết quả nhanh và bền vững hơn.

- Bài tập áp dụng trong giai đoạn này cần dựa trên sự lượng giá tình trạng chức năng hiện tại của người bệnh để thiết kế cho phù hợp, nhưng cần phải hết sức khuyến khích các hoạt động chủ động của người bệnh trong tập luyện, cũng như trong sử dụng động tác sinh hoạt hằng ngày (như: ăn cơm, uống nước, đánh răng, rửa mặt, mặc quần áo, đi vệ sinh...) để họ dần trở nên độc lập được, giảm bớt sự trợ giúp của người ngoài. Lúc này, người thân trong gia đình giữ vai trò giám sát, phòng tránh các tai nạn có thể xảy ra trong tập luyện như ngã, điện giật, bỏng... và chỉ hỗ trợ khi thật cần thiết.

- Ngoài ra, cần chú ý khai thác các vật liệu sẵn có tại địa phương để tạo ra các dụng cụ hỗ trợ phục hồi thiết thực cho người bệnh như khung tập đi, nạng, gậy chống, thanh song song, bậc cầu thang lên xuống, xe trượt..., nhưng cần lưu ý các dụng cụ có tính hướng nghiệp đối với những người bệnh có sự hồi phục tốt để giúp họ có thể trở lại được với nghề nghiệp trước đây hoặc là chọn được một nghề mới thích hợp với khả năng hiện có của họ.

- Một số người bệnh sau khi đã trải qua tất cả giai đoạn của chương trình phục hồi, nhưng nếu chỉ đạt được sự hồi phục một phần thì cần phải hướng dẫn họ học cách sử dụng động tác thay thế các chức năng bị khiếm khuyết và biết chấp nhận hoàn cảnh thương tật hiện tại, tránh bi quan chán nản. Đối với người bệnh mất ngôn ngữ, vấn đề thông tin liên lạc tại nhà là điều khó khăn, cho nên cần hướng dẫn gia đình người bệnh một số ký hiệu trao đổi trong nhu cầu sinh hoạt hằng ngày để có thể duy trì sự giao tiếp với người bệnh.

b) Tự chăm sóc

- Đạt được sự độc lập hoàn toàn khi trở lại với cuộc sống hằng ngày của bệnh nhân là mục tiêu chính của sự điều trị và phải bắt đầu ngay. Ngay

từ khi mới bị đột quỵ, mọi hoạt động trong cuộc sống hằng ngày đã có thể và cần phải được đưa vào trong kế hoạch điều trị.

- Việc thiết lập sớm các bài tập tự chăm sóc có nghĩa là người bệnh sẽ phải tự thực hiện lặp đi lặp lại thường xuyên các hoạt động cần thiết cho sự phục hồi, biến nó trở thành việc điều trị với các hoạt động khác nhau của cuộc sống hằng ngày.

- Lăn trên giường, làm cầu, nâng hai tay lên, lăn để ngồi dậy, từ ngồi sang đứng và từ đứng sang ngồi,... đều là những bước cần thiết trong chương trình phục hồi và hướng tới tự chăm sóc. Mặt khác, người bệnh cần phải học cách tự mình mặc và cởi quần áo, rửa mặt và ăn uống... để trở thành một người độc lập trong vệ sinh cá nhân. Các hoạt động này là quan trọng không chỉ cho sự phục hồi chức năng vận động mà cả phục hồi cảm giác đã mất. Khi tiến hành các hoạt động này, cần phải tránh tâm lý chán nản, thất bại.

- Những người sau đột quỵ vẫn cần phải tham gia vào đời sống gia đình, vui chơi, đi làm việc và liên hệ với cộng đồng. Vì vậy các hoạt động này cần có một số trợ giúp và một số dụng cụ với sự trợ giúp và động viên của gia đình, bạn bè, cộng đồng... để họ có thể trở thành thành viên năng động và hữu ích cho cộng đồng xã hội.

c) Chăm sóc sau điều trị

- Đối với người bệnh sau đột quỵ não đã trải qua tất cả giai đoạn của chương trình phục hồi, nhưng nếu chỉ đạt được sự hồi phục một phần thì người bệnh cần phải được hướng dẫn cách thay thế các chức năng bị khiếm khuyết, chấp nhận một mức độ di chứng thương tật nào đó trước khi chấm dứt chương trình tập luyện phục hồi. Sự ngưng điều trị đột ngột và thiếu chuẩn bị tâm lý có thể gây những phản ứng đối nghịch cho người bệnh. Chương trình tập vật lý trị liệu đối với những người bệnh này có thể vẫn kéo dài ở mức độ được gọi là "*điều trị duy trì*". Đây có thể là một chương trình phục hồi tại nhà, có giá trị hữu ích nhằm tránh các biến dạng co rút và các biến chứng khác. Mục đích của chương trình điều trị duy trì này không phải nhằm đạt tới sự tăng tiến thêm về chức năng mà cần chuẩn bị tối thiểu các phương tiện tập luyện cho người bệnh tại nhà như: ròng rọc và một vài mẫu dụng cụ giản đơn có thể tự chế khác nhằm duy trì tầm hoạt động. Đối với người bệnh mất ngôn ngữ, vấn đề thông tin liên lạc tại nhà là điều khó khăn, do vậy cần hướng dẫn gia đình người bệnh một số ký hiệu trao đổi trong nhu cầu sinh hoạt trước khi xuất viện trở về với gia đình.

- Nếu sau giai đoạn phục hồi người bệnh bị thêm một bệnh lý hay chấn thương nào khác với

yêu cầu cần phải nằm một thời gian tại giường có thể dẫn đến sự sút giảm các chức năng đã đạt được trong suốt chương trình phục hồi. Vì vậy, phải cần một "chương trình tái kích hoạt" để đưa người bệnh trở lại mức chức năng đã đạt được trước đó, sau đó vẫn phải thực hiện chương trình "điều trị duy trì".

- Vấn đề tái lượng giá định kỳ là cần thiết trong theo dõi sau điều trị những người bệnh này. Việc đưa người bệnh trở về cuộc sống gia đình và xã hội cần được chuẩn bị với sự lượng giá đúng mức về tình trạng thương tật thể chất, xúc động tâm lý, nhất là đối với những người bệnh nhiều tuổi có tình trạng mất kiểm soát về đại, tiểu tiện. Các thành viên trong gia đình người bệnh phải hiểu rõ các vấn đề của người bệnh và chấp nhận họ như một thành phần của một toàn thể gia đình thống nhất.

- Tiên lượng về phục hồi hướng nghiệp ở đa số người bệnh là tương đối tốt nếu người bệnh có khả năng sinh hoạt độc lập, không bị khiếm khuyết về tiếng nói hay có những biểu hiện khiếm khuyết về tâm thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Duy Anh: *Điều trị tích cực phù não, đột quỵ não (cấp cứu - điều trị - dự phòng)*, Nxb. Y học, 2005.
2. Lê Quang Cường: *Các yếu tố nguy cơ của đột quỵ não*, Bài giảng tập huấn toàn quân, 2007.
3. Lê Đức Hinh và Nhóm chuyên gia: *Tai biến mạch não*, Nxb. Y học, 2007.
4. Nguyễn Trọng Lưu: *Điều trị vật lý trị liệu và phục hồi chức năng các bệnh nhân đột quỵ*, Bài giảng tập huấn toàn quân, 2007.
5. Nguyễn Văn Thông và nhóm tác giả: *Đột quỵ não (cấp cứu - điều trị - dự phòng),* Nxb. Y học, 2005.
6. ACT Now Expert Panel, 2006.
7. Acute Stroke Treatment, An Educational Slide Kit, Update, 2006.
8. Graeme J. Hankey: *Stroke, Your Questions Answered*, Churchill Livingstone, 2002.
9. *Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack*, 2008:

The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO writing Committee, Cerebrovasc Dis 2008; 25:457-507.

10. Eelco F.M. Wijdicks: *The Clinical Practice of Critical Care Neurology*, Lippicott-Raven, 1997.
11. Harold P. Adams, Jr, MD; Gregory J. Delzoppo, MD; Riidiger von Kummer, MD, Management of Stroke: *A Practical guide for the Prevention, Evaluation, and Treatment of Acute Stroke*, Professional Communications, lnc, 2002.
12. Joseph P. Broderick, MD; Harold P. Adams, Jr, MD); William Barsan, MD; William Feinberg, MD); Edward Feldmann, MD; James Grotta, MD; Carlos Kase, MD; Derek Krieger, MD; Marc Mayberg, MD; Barbara Tilley, PhD; Joseph M. Zabramski, MD; Mario Zuccarello, MD, Guidlines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Statement for Healthcare professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association, Stroke, 1999; 30:905-915.
13. Louis R. caplan, MD, Treatment of Patients with stroke, Jama Archives of Neurology Journals, May, 2002, 703-711.

14. Marc Fisher, MD; Julien Bogousslavsky, MD, Futher Evalution Toward Effective Therapy for Acute Ischemic Stroke, Jama, April 22/29, 1998-Vol 279, No. 16.
15. M.Wardlaw, MB CHB, MD, FRCR, FRCP, Overview of Cochrane Thrombolysis Meta-analysis, Neurology 2001, 57 (suppl2); S69-S76.
16. Patient and relatives Information Booklet, Royal North Shore Hospital, Sydney Australia, 2000.
17. Philip E. Stieg, MD, PhD, and Carlos S. Kase, MD, Intracranial hemorrhage: *Diagnosis and Emergency management*, Neurologic Clinics of North America, volume 16. number 2. May 1998.
18. Ralph L. Sacco, Robert Adams, Greg Albers, Mark J. Alberts, Oscar Benavente, Karen Furie, Larry B. Goldstein, Philip Gorelick, Jonathan Halperin, Robert Harbaugh, S. Claiborne Johnston, Irene Katzan, Margaret Kelly-Hayes, Edgar L. Kenton, Michael Marks, Lee H. Schwamm and Thmas Tomsick. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statment for Helthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiovascular Radiology and Intervention (Stroke, 2006; 37; 577-617).

19. Recommmendations for the management of Intracranial Haemorrhage - Partl: Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. The European Stroke Initiative Writing Committee and the Writing Committee the EUSI Executive Committee, Cerebrovasc Dis 2006;22:294-316.
20. Scott E. Kasner, MD, and James C. Grotta, MD, Ischemic Stroke, Neurologic Emergencies, Volume 16. Number 2. May 1998.
21. Steven Warach, MD, PhD, New imaging strategies for patient selection for thrombolytic and neuroprotective therapies, Neurology 2001; (Suppl 2): S48-S52.
22. The European Ad Hoc Consensus Group, Neuroprotection as Initial Therapy in Acute Stroke, Cerebrovascular Dis 1998; 8: 59-72.
23. The European Ad Hoc Consensus Group, Optimizing Intensive Care in Stroke: A European Perspective, Cerebrovascular Dis 1997; 7: 113-128.

MỤC LỤC

Chịu trách nhiệm xuất bản
Q. GIÁM ĐỐC - TỔNG BIÊN TẬP
NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT
TS. HOÀNG PHONG HÀ

Chịu trách nhiệm nội dung
PHÓ GIÁM ĐỐC - PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT
TS. ĐỖ QUANG DŨNG

TỔNG GIÁM ĐỐC NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHU HÙNG CƯỜNG

Biên tập nội dung: ThS. NGUYỄN KIM NGA
BS. ĐINH THỊ THU
ĐỖ MINH CHÂU
Trình bày bìa: DƯƠNG THÁI SƠN
Chế bản vi tính: NGUYỄN QUỲNH LAN
Sửa bản in: PHÒNG BIÊN TẬP KỸ THUẬT
Đọc sách mẫu: MINH CHÂU

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT 12/86 Duy Tân - Cầu Giấy - Hà Nội
ĐT: 080.49221 Fax: 080.49222 Email: suthat@nxbctqg.vn Website: www.nxbctqg.vn

TÌM ĐỌC

GS.TS. Nguyễn Bá Đức (Chủ biên)
- NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ PHÒNG, CHỐNG UNG THƯ (TÀI LIỆU DÀNH CHO CỘNG ĐỒNG)

Phan Đào Nguyên (Biên soạn)
- SỨC KHỎE QUÝ HƠN VÀNG

Phương Nam Đình - Nguyễn Mạnh Hùng - Long Quân Thắng - Lý Hồng Dương - Hoàng Cát Minh - Hoàng Vân - Dương Minh Hào
- SỔ TAY PHÒNG TRÁNH TAI NẠN BẤT NGỜ







SÁCH KHÔNG BÁN